

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

SAINT AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DUSSIÈRE

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ

Médecin des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de
l'hôpital Saint-Antoine

P. SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

E. LOMBARD

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Secrétaires de la rédaction :

H. BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

H. CABOCHE

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien assistant du service d'oto-rhino-
laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : France, **20** francs ; Union Postale, **25** francs.
— Chacun des volumes des 27 années précédentes est vendu séparément **15** francs.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 27 années au prix de **400** francs.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de **300** francs.

Prix du numéro 2 francs.

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à **M. le Dr E. LOMBARD, 49, rue de Rome, VIII^e, Paris.**

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à **MM. MASSON et C^{ie}, 120, boulevard Saint-Germain, Paris**

TOME XXXII — 1906

PREMIÈRE PARTIE

PARIS

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1906

NU

ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PAPILLOMES DU LARYNX CHEZ LES ENFANTS
EN BAS ÂGE. DEUX CAS TRAITÉS PAR LA MÉTHODE
DIRECTE DE KILLIAN

Par J. GAREL, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Parmi les différentes tumeurs qu'on peut observer dans le larynx, il en est une qui diffère de toutes les autres, tant par sa dissémination que par sa gravité. Je veux parler des papillomes. Ces tumeurs sévissent et sur l'adulte et sur l'enfant. On peut même dire que le papillome est, pour ainsi dire, l'unique tumeur laryngée que l'on rencontre dans l'enfance.

Les papillomes de l'enfance apparaissent souvent dès le début de la vie, parfois dans le cours de la première ou de la seconde année, ou bien plus tard encore. Ils consistent en bourgeons multiples, formations papillaires composées de bourgeons plus ou moins compacts. Ils s'implantent indifféremment sur tous les points de l'infundibulum laryngé : cordes vocales, bandes ventriculaires, orifice ou cavité de Morgagni, épiglottite et replis ary-épiglottiques.

On conçoit bien vite le danger résultant de semblables productions, quand on pense qu'elles peuvent envahir le bord des cordes vocales. Elles n'ont pas besoin d'acquérir un développement bien considérable pour obstruer l'espace glottique si petit chez l'enfant en bas âge.

Au début la voix s'altère peu à peu et progressivement l'aphonie succède à la raucité. Aux troubles de la phonation s'ajoutent bientôt les troubles respiratoires. Il survient du tirage sus-sternal et épigastrique et enfin une tendance aux crises de suffocation et à l'asphyxie. Le tableau symptomatique ressemble en tous points et à s'y méprendre à celui du croup arrivé au degré le plus avancé, avec cette différence toutefois que cela se produit lentement, insensiblement en quelque sorte. L'insuffisance respiratoire s'établissant peu à peu, l'enfant semble s'accoutumer plus facilement à une sténose qui n'avance que par degrés insignifiants et minimes. Aussi, quand la lésion existe depuis un an ou deux, elle entraîne du côté du thorax des déformations considérables, conséquence du vide intra-thoracique ; c'est le phénomène que j'ai précisément observé dans les deux cas que je rapporte ici.

Souvent le diagnostic reste indécis au début de la maladie. Le médecin frappé de l'existence d'une simple raucité vocale, croit d'abord à une laryngite chronique, puis quand les troubles respiratoires surviennent, il se rallie à l'idée d'une paralysie des cordes vocales. Le diagnostic reste souvent en suspens jusqu'au jour où les premiers accès de suffocation font réclamer l'intervention d'un laryngologiste. A ce moment, le diagnostic entre dans une phase nouvelle, il se précise en faveur du papillome, car il n'est guère d'autre lésion qui puisse évoluer de cette manière chez un jeune enfant. Reste à confirmer le diagnostic par l'examen du larynx. Il ne faut point croire que cet examen soit impossible chez l'enfant en bas âge. On peut parfois le faire au moyen du miroir, comme chez l'adulte, en tirant la langue au dehors. On peut aussi se servir de l'abaisse-langue d'Escat. Cet appareil est muni de deux cornes métalliques qui, se plaçant dans les fossettes latérales, permettent d'aplatir la langue et de la fixer, tout en contribuant à élever et redresser le larynx pour le mettre dans

l'axe du miroir. Enfin, on peut avoir recours à la palette de Kirstein qui permet de pratiquer la laryngoscopie sans miroir. C'est une sorte de lame métallique légèrement courbée à son extrémité antérieure. La tête du malade étant renversée en arrière, on place l'extrémité de la palette dans la fossette glosso-épiglottique afin de déprimer fortement la base de la langue. De la sorte le larynx est ramené dans l'axe visuel de l'observateur. C'est ce dernier procédé que j'ai employé chez mon premier malade. Chez le second le diagnostic a été fait par la méthode ordinaire au miroir, non seulement par moi-même, mais aussi par M. le Médecin-Major Michaud qui avait eu l'obligeance de m'adresser le malade.

Le diagnostic une fois établi, reste à fixer le mode d'intervention. Chez l'enfant en bas âge, l'extraction des papillomes ne peut se faire, comme chez l'adulte, sous le contrôle du miroir. Deux fois j'ai opéré avec succès au moyen du miroir des enfants de 8 et 9 ans, mais au dessous de cet âge, une intervention de ce genre est impossible. On a bien publié des cas d'intervention au miroir sous anesthésie, ce sont là des faits exceptionnels. Une fois j'ai voulu intervenir de cette manière, mais j'ai dû y renoncer à cause des mucosités sans nombre qui encombraient le champ opératoire.

Comme, de par les symptômes asphyxiques menaçants, il y a urgence opératoire, on doit recourir à une autre méthode. Que faisait-on hier ? Comment agit-on aujourd'hui ?

La méthode courante, ou pour mieux dire, la plus ancienne consistait à pratiquer tout d'abord la trachéotomie, puis à faire séance tenante, ou de préférence dans une séance ultérieure, une laryngofissure. La brèche ainsi ouverte donnait une large voie d'accès à l'opérateur pour l'extraction des nombreux bourgeons qui tapissaient l'intérieur du larynx. Je n'étonnerai personne en disant que cette méthode est loin d'être exempte de tout danger, danger par la trachéotomie, danger par la laryngofissure, pour ne citer que les plus importants. On sait aussi que, après la laryngofissure, la voix peut être irrémédiablement compromise par une soudure asymétrique de la commissure antérieure des cordes vocales. Il y a six ou sept ans, j'ai fait opérer, par cette méthode, deux enfants en bas âge,

par mon collègue le Dr Rochet. Il n'y eut heureusement aucune complication et le succès fut complet, l'un des enfants eut cependant une légère récidence.

La laryngofissure n'est cependant pas toujours indispensable. On peut voir, en effet, régresser spontanément les bourgeons papillomateux après une simple trachéotomie sous l'influence salutaire de la mise au repos forcé du larynx. En 1891, j'ai publié un fait de ce genre observé chez un enfant de 4 ans. J'avais trachéotomisé cet enfant pour des troubles asphyxiques occasionnés par des papillomes du larynx et j'avais remis à plus tard l'intervention curative. Quelques semaines plus tard, on me ramène l'enfant pour me faire remettre en place la canule qu'il avait rejetée accidentellement dans la nuit. Quel ne fut pas mon étonnement, en entendant le petit malade parler à haute voix. Je jugeai inutile d'introduire à nouveau la canule, la guérison était complète. Des cas semblables ont été publiés par quelques auteurs, entre autres par le Prof. Massei.

Ainsi donc, le traitement ancien des papillomes du larynx de l'enfance se réduisait soit à la trachéotomie simple, soit à la trachéotomie suivie de laryngofissure.

Aujourd'hui tout est changé et modifié dans un sens plus heureux. Le Prof. Killian auquel nous devons tant de perfectionnements au point de vue des interventions sur les voies respiratoires, nous a dotés d'une méthode nouvelle, simple, qui nous permet d'opérer directement sans créer une voie d'accès artificielle, et qui, par conséquent, supprime en quelque sorte tout danger. C'est cette méthode que j'ai appliquée avec succès dans les deux cas que je publie aujourd'hui.

Je décrirai en quelques mots le procédé opératoire. L'enfant préalablement anesthésié, est couché en position de Rose, la tête pendante en dehors du lit. On entr'ouvre la bouche au moyen d'un abaisse-langue, puis on introduit le tube spatule de Killian figuré ci-contre. L'opérateur muni de la lampe de Kirstein placée devant l'œil droit, peut suivre continuellement le tube pendant son introduction. Le tube est dirigé d'abord le long de la paroi postérieure du pharynx, puis l'opérateur le redresse en le poussant plus bas pour

aller à la recherche du bord épiglottique. Dès qu'il aperçoit ce dernier, il le relève avec le bec de la spatule qu'il fait descendre un peu dans l'infundibulum laryngé. Il voit alors apparaître la glotte et peut en reconnaître tous les détails. De la main droite il saisit une petite pince montée sur tube mince et actionnée au moyen d'un manche à trois anneaux, il l'introduit dans le tube et va extraire les bourgeons papillomateux. L'opération est conduite absolument comme dans le cas que j'ai présenté le 8 novembre dernier à la Société des Sciences médicales de Lyon, cas dans lequel j'avais extrait un os de poulet dans la région sous glottique chez un enfant de 14 mois.

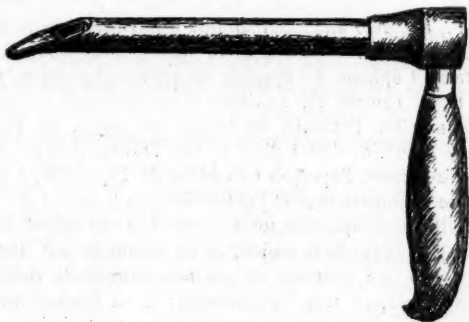


FIG. 1

Il est d'une bonne pratique, lorsqu'on opère un papillomè du larynx, de faire au préalable un badigeonnage avec une solution de cocaïne-adréaline pour assurer l'hémostase. On ne peut toutefois enrayer complètement l'hémorrhagie, car ces tumeurs sont très vascularisées et saignent au moindre contact. Aussi lorsqu'il s'agit, comme dans mes deux cas, de tumeurs très étendues, on ne peut faire l'ablation totale en une seule séance. Dans le premier cas, j'ai dû faire quatre séances pour obtenir la guérison complète. Dans le second, j'ai dû également pratiquer plusieurs interventions, et il m'a fallu remettre à plus tard la fin de l'opération à cause d'un rhumatisme

aigu survenu malencontreusement pendant le séjour de l'enfant à l'Hôpital. Je me suis borné à l'ablation des principaux bourgeons pour écarter le danger d'asphyxie. Lorsque l'enfant quitta mon service, les troubles de la respiration avaient disparu, la voix seule restait encore éteinte.

La lecture des deux observations est indispensable pour apprécier la valeur exacte du procédé opératoire.

OBSERVATION

Papillomes chez un enfant de 3 ans.

Jules F., âgé de 3 ans, originaire du département de la Drôme, m'est présenté à l'Hôtel-Dieu le 18 juillet 1905. Cet enfant est complètement aphone. La dyspnée est intense et il existe un véritable tirage comme s'il s'agissait d'une affection croupale. Je pratique aussitôt l'examen du larynx au moyen de l'abaisse-langue de Kirstein, c'est-à-dire, je fais l'examen direct sans le secours du miroir. J'aperçois en dedans de l'épiglotte, à gauche, une masse papillomateuse et j'entrevois dans le larynx des bourgeons multiples remplissant toute la cavité et masquant tous les détails anatomiques de la région. Je ne prolonge pas davantage l'examen et je me contente de ces renseignements sommaires, car l'enfant respire trop difficilement; il en faudrait peu pour provoquer une suffocation plus forte qui me contraindrait à faire la trachéotomie. Or, c'était ce que je voulais éviter à tout prix.

Avant de passer à la description de la phase opératoire, je dois donner quelques détails sur les antécédents du petit malade.

Cet enfant n'a été frappé par aucune des affections ordinaires de l'enfance. Il n'a pas eu la diphtérie. L'affection actuelle a débuté il y a un an environ, du moins quant aux troubles respiratoires, mais il faut dire que sa voix a toujours été rauque depuis la naissance. On peut donc admettre que la lésion a dû survenir dans les premiers mois de la vie. La tumeur a, comme c'est la règle, augmenté progressivement et la gêne de la respiration a fait son apparition dans le cours de cette dernière année. Elle s'est accrue peu à peu et est devenue très inquiétante depuis ces derniers jours. Il est survenu du cornage et un tirage sus et sous-sternal très marqué. Il n'y a cependant pas de cyanose, pas d'amaigris-

sement et l'état général est relativement bon. Toutefois, la sténose respiratoire a causé une déformation saillante en carène du thorax.

Je laisse reposer l'enfant deux jours et je fixe la première intervention au 21 juillet. A cette date, l'enfant est anesthésié au chlorure d'éthyle d'abord, à l'éther ensuite. On procède avec la plus grande prudence en raison de la gêne respiratoire. Malheureusement, nous sommes arrêtés dès le début par des vomissements abondants. Une personne imprudente avait, à mon insu, donné quelque aliment peu de temps avant l'anesthésie.

Le 24 juillet, je pratique la première intervention. L'anesthésie est très laborieuse, l'enfant respire mal et l'on ne peut faire une anesthésie générale bien complète. Je place la tête en position de Rose et je badigeonne tout l'intérieur de la gorge avec une solution de cocaïne-adrénaline. Armé de la lampe électrique de Kirstein, j'introduis le tube-spatule de Killian jusqu'à l'entrée du larynx, je badigeonne à nouveau tout l'infundibulum avec la même solution dans le but non seulement d'annihiler les réflexes, mais aussi pour produire, au moyen de l'adrénaline, de la vaso-contriction, les papillomes saignant en général avec une grande facilité.

Au moyen d'une pince montée sur tube de très petit diamètre je saisis, en premier lieu, le bourgeon épiglottique. Puis, successivement, j'enlève plusieurs parcelles des tumeurs intra-laryngées. J'écouvillonne à maintes reprises le champ opératoire, car je suis fort gêné par le sang. Deux ou trois fois je me vois obligé d'interrompre l'opération, l'enfant se cyanosant et la respiration devenant irrégulière. Enfin, je cesse cette première séance, car je me rends compte que je ne puis plus rien saisir avec précision à cause des mouvements oscillatoires rapides du larynx. Le soir de l'opération, pas d'élévation de la température, la respiration est bien plus calme et le tirage a considérablement diminué.

Deuxième intervention le 26. L'enfant allant déjà mieux, l'anesthésie est régulière et facile. J'enlève encore une grande quantité de bourgeons. Pas d'incidents opératoires ou post-opératoires. Le soir, cornage et tirage ont disparu. La voix commence à s'entendre à distance, quoique bien rauque encore.

Une troisième opération, pratiquée le 28, se passe également sans incident. Cependant cette fois la cueillette est plus modeste. La voix devient plus claire à la suite de cette séance.

Je laisse reposer le malade jusqu'au 4 août, date à laquelle je pratique la quatrième et dernière intervention. J'enlève les der-

niers bourgeons et j'aperçois alors une glotte bien nette, dépouillée de toutes les excroissances qui l'encombraient. Le même jour, et pour la première fois, mon interne, M. Moreau, constate le soir une température de 39,2. Heureusement, le lendemain matin, le thermomètre n'indiquait plus que 37,4 et 38,5 le soir. Je fus inquiet tout d'abord de cette élévation thermique, mais je vis bientôt que cet incident n'avait aucun rapport avec l'intervention. Il existait une amygdalite aiguë légère qui céda en deux jours.

A partir de ce moment l'enfant va aussi bien que possible. Il a recouvré sa voix et la déformation du thorax a déjà notablement diminué. A l'examen du larynx je constate que les cordes sont un peu cylindriques et légèrement épaissies au niveau de la commissure antérieure.

L'enfant quitte l'hôpital le 9 août en parfait état.

OBSERVATION II

Papillomes du larynx chez un enfant de 5 ans.

Le 12 septembre dernier, le Dr H. Michaud, médecin-major à l'Ecole militaire préparatoire de l'Artillerie et du Génie à Billom (Puy-de-Dôme), a l'obligeance de m'adresser le jeune Fernand L., âgé de 5 ans, chez lequel il a diagnostiqué un polype du larynx. Cet enfant est complètement aphone. Je constate du tirage sus-sternal et épigastrique à un haut degré. La face est légèrement cyanosée. L'état général est mauvais. Il y a de la tendance à une somnolence continue. Néanmoins, le petit malade souffreteux est d'une docilité remarquable, il se prête volontiers sans la moindre plainte à tous les examens. Je pratique l'examen au miroir sans peine et j'aperçois dans le larynx une série de masses papillomateuses produisant une forte sténose. Les tumeurs implantées sur les deux cordes débordent largement vers l'espace glottique. Il existe surtout un bourgeon plus important en avant du côté droit.

La mère de l'enfant me raconte que la maladie actuelle remonte à un an et demi environ. L'affection commença, sans cause connue, par de la raucité; puis, au bout de six mois, la respiration devint bruyante et gênée. Il y a deux mois, la voix sembla devenir un peu plus nette, enfin elle s'éteignit complètement. Le mois passé, l'enfant eut la rougeole sans que celle-ci parût apporter la

moindre modification aux troubles respiratoires ou vocaux. Dans les antécédents il faut retenir une attaque rhumatismale survenue l'année dernière et avec une certaine intensité.

Le thorax est déformé en carène et, dans l'inspiration, il se produit une grande dépression du creux épigastrique. A noter aussi, que depuis quelques jours l'enfant a eu plusieurs accès de suffocation pendant la nuit. Il n'a jamais expulsé spontanément de fragments de papillomes.

Le jour même, je fais entrer le malade dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Dès le lendemain, 13 septembre, vu l'urgence commandée par la situation relativement grave, je fais une première intervention, non sans quelque sérieuse crainte. L'anesthésie faite au chlorure d'éthyle et à l'éther successivement est très mouvementée. L'enfant se cyanose dès les premières bouffées d'éther et on est obligé d'interrompre plusieurs fois l'anesthésie. Toutefois, comme tout est préparé pour faire la trachéotomie le cas échéant, je passe outre. Mon interne, M. Moreau, surveille attentivement le pouls et la respiration.

Je place la tête en position de Rose et j'introduis le tube-spatule de Killiau après avoir fait écarter les mâchoires au moyen d'un abaisse-langue. J'arrive à charger le larynx sur le bec du tube et j'enlève quelques parcelles en petit nombre, il est vrai. Je n'ai pas osé faire ici le badigeonnage de cocaïne-adréline à cause de l'état grave du sujet. Cette première séance est de courte durée, l'enfant supportant mal l'anesthésie. Il n'y eut presque pas d'hémorragie. Le soir, la température est normale. La nuit se passe convenablement, mais dans la nuit suivante, à 4 heures du matin, l'enfant prend une crise de suffocation très intense. M. Moreau, qui a eu la bonté de surveiller de très près ce pauvre petit patient, arrive en toute hâte et lui sauve la vie en pratiquant le tubage. La crise se calme de suite, grâce à son heureuse intervention. Le tube est rejeté à 2 heures de l'après-midi pendant une quinte de toux. La suffocation a disparu.

Le 18 septembre, deuxième intervention sous anesthésie encore mouvementée, moins cependant que la précédente. Cueillette abondante de bourgeons. Les jours suivants, la respiration est plus calme, plus ample et moins gênée. Le cornage s'atténue, mais la voix ne revient pas encore. Par contre, on voit apparaître des douleurs rhumatismales aux poignets et au niveau des malléoles, une réédition en quelque sorte du rhumatisme de l'année précédente. La température s'élève le soir au-dessus de 38°, mais les accès fébriles sont de courte durée.

Le 22 septembre, troisième intervention. L'anesthésie est très régulière, la séance opératoire fructueuse. Encouragé par la tolérance du malade, je maintiens le tube en place dans le larynx pendant quatre minutes environ, et je puis de la sorte extraire une grande quantité de bourgeons papillomateux. Une crampe au niveau du poignet, causée par l'effort considérable pour maintenir le tube, me fait enfin lâcher prise.

A la suite de cette opération la respiration est bien améliorée et le tirage a à peu près disparu, la voix ne revient pourtant pas encore.

Les douleurs et la fièvre persistant, et comme d'un autre côté cet enfant est d'une docilité remarquable, je tente, le 25, une opération sans anesthésie avec le miroir, mais le malade s'y prête trop mal pour que je puisse réussir.

Le 29, je tente une nouvelle anesthésie, mais je n'ose plus intervenir, le malade me paraissant trop affaibli par sa fièvre rhumatismale. Je préfère remettre à plus tard la suite de l'opération. Je conseille à la mère de rentrer chez elle et de ne revenir que lorsque le rhumatisme sera complètement guéri. La fièvre, en effet, à ce moment était assez forte, le thermomètre marquait 40° chaque soir. Les médications usuelles antirhumatismales restaient sans résultat. D'ailleurs, nous n'avions plus rien à redouter au point de vue respiratoire, tout danger de suffocation était pour longtemps écarté.

L'enfant quitta l'hôpital le 3 octobre.

Le 28 octobre, la mère m'écrit que le rhumatisme dure toujours et ne cède à aucune médication. L'appétit est nul et l'enfant ne prend que du lait exclusivement. Il a beaucoup maigri depuis qu'il est rentré dans sa famille. Heureusement, la respiration n'est nullement gênée et rien ne presse d'intervenir à nouveau.

Récemment, mon confrère, le Dr Michaud, a bien voulu me transmettre également quelques renseignements. D'après lui, le rhumatisme vient de prendre fin, il ne reste plus qu'une légère douleur dans les mouvements de flexion du coude gauche, mais, depuis trois jours, la fièvre a reparu et il s'est produit à la base gauche une localisation avec matité et souffle. Les signes ne sont pas encore assez nets pour déterminer exactement la nature de cette nouvelle lésion.

Il est inutile d'insister sur l'importance de la première observation dans laquelle le succès a été aussi complet que

possible. Quant à la deuxième, si je n'ai pu terminer l'opération à cause de la complication intercurrente, j'ai pu du moins la pousser assez loin pour supprimer tout danger. Dès que l'enfant sera rétabli, tout me porte à croire que je pourrai terminer l'extraction et obtenir une guérison complète.

Ce sont les deux premiers cas de papillomes de l'enfance que je traite de cette manière, et je déclare qu'aucune autre méthode ne doit être employée dorénavant chez les enfants en bas âge. Trachéotomie et laryngofissure ne peuvent raisonnablement pas soutenir la comparaison avec un procédé aussi simple et aussi pratique. Ce n'est pas à dire que la méthode soit d'une application vraiment facile, je ne voudrais pas être taxé d'exagération ; mais dans le cas de papillomes, la difficulté relève plus de la nature et de la multiplicité des bourgeons que de l'application du procédé opératoire proprement dit. Elle provient aussi de la période tardive vers laquelle les enfants sont soumis au traitement. En général, on ne nous confie ces petits malades que lorsque la période asphyxique est commencée. Il est rare que, comme dans ma deuxième observation, on se soit adressé à un praticien capable de faire le diagnostic précis de la lésion. Dans ces périodes avancées, l'anesthésie est beaucoup plus dangereuse et il faut une surveillance très active pour éviter des accidents.

II

SERVICE OTO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

A PROPOS DE LA TUBERCULOSE NASALE.
RÉFLEXIONS SUGGÉRÉES PAR QUELQUES OBSERVA-
TIONS DE LUPUS DE LA PITUITAIRE
SUR SES MODALITES CLINIQUES ET NOTAMMENT
SUR SES MODES DE DÉBUT. RELATION
DU LUPUS CUTANE AVEC LES LÉSIONS DE
LA PITUITAIRE.

Par Henri CABOCHE.

Nous avons pu, depuis plusieurs années, recueillir soit dans le service de notre maître le Dr Sébilleau à l'Hôpital Lariboisière, soit dans notre clientèle privée, un certain nombre d'observations de lupus de la pituitaire, desquelles nous détachons les quatre suivantes qui nous paraissent dès maintenant fixer un certain nombre de points de l'histoire de la tuberculose nasale.

OBSERVATION I

Tumeur tuberculeuse de la cloison. Lupus de la pituitaire, et lupus de la lèvre supérieure.

Madame J. B..... 28 ans, vint à la consultation de l'Hôpital Lariboisière le 1^{er} décembre 1902, pour une gêne respiratoire localisée à la fosse nasale droite, et remontant à quatre mois environ.

Il y a deux mois, et c'est ce qui la décide à venir demander des soins, elle découvre dans la narine droite, une tumeur facilement visible et palpable.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, t. XXIX, n° 4, 1906.

Nous constatons en outre, l'existence de six petits nodules lupiques sur la peau de la lèvre supérieure, semblant sortir de la narine.

C'est une femme d'aspect plutôt chétif, anémique, à cheveux châtains aux longs cils.

A part la scarlatine contractée dans l'enfance, elle n'a pourtant jamais été malade. Réglée à 13 ans, la menstruation s'est toujours accomplie d'une façon régulière depuis.

Mariée à 18 ans, elle a perdu son mari il y a 8 ans, il mourut tuberculeux avec manifestations laryngées :

Elle a eu un fils mort à 5 mois dans les convulsions.

Sa mère âgée de 61 ans est bien portante.

Son père est mort à 74 ans d'un cancer de l'estomac.

Deux frères et deux sœurs sont vivants et bien portants.

Trois autres frères et une autre sœur sont morts entre 12 et 15 mois des suites de convulsions.

Oncles et tantes paternels et maternels bien portants.

Les nodules lupiques de la lèvre sont apparus il y a deux ans et demi : il y avait alors seulement un nodule à la racine de la sous cloison et qui a guéri.

Pas de toux, pas d'enrouement, pas d'amaigrissement. Aucune lésion pulmonaire à l'auscultation.

Examen rhinologique : Tumeur du volume d'une très grosse noisette faisant saillie dans le vestibule droit. Sa forme générale est celle d'un parallépipède allongé, dont la base est au vestibule, et le sommet pédiculé, s'insère en un point de la partie toute antérieure de la portion vestibulaire de la cloison. Tumeur parfaitement mobile, lisse dans son ensemble, quoique présentant à sa surface un nombre notable d'élevures, grisâtres, jaunâtres du volume d'un gros grain de millet. Elle est pâle, élastique, ne saigne pas au contact du stylet.

En la soulevant, on aperçoit une perforation de la partie antérieure du septum.

Ablation de la tumeur à l'anse chaude. La perforation qu'on peut examiner maintenant, située sur le septum cartilagineux dans la fosse nasale et non dans le vestibule, présente la dimension d'une lentille. Les bords ne sont pas taillés à pic, mais s'en vont, au contraire, en pente douce de la périphérie vers la lèvre proprement dite de la perforation. Tout autour de la perforation, mais surtout à gauche, la muqueuse des bords est épaissie, couverte de mammelons rose pâle et mous.

Au-dessus et en avant de la perforation, dans le vestibule droit,

on voit l'insertion de la tumeur qui présente les dimensions d'une toute petite lentille.

Quoique la présence des nodules de la lèvre supérieure, et l'histoire de la malade, ne laissassent guère place au doute sur la nature de l'affection. Nous confiâmes la tumeur au D^r Lecène, professeur à la faculté, qui voulut bien en faire l'examen histologique, et qui nous fit la réponse suivante : « tuberculose nette, avec follicules tuberculeux et cellules géantes ».

Nous fîmes le curettage immédiat de la muqueuse avec pansement à l'acide lactique, et pointes de feu sur les nodules lupiques cutanés.

Nous résumons les différentes phases de la marche et du traitement.

Le 20 janvier 1903, après trois séances de pointes de feu, apparaissent des granulations sur la tête du cornet inférieur droit : le point d'insertion de la tumeur est guéri.

En octobre 1903, après quatre séances de pointes de feu, apparition de quelques nodules au point d'implantation primitif de la tumeur : Cautérisations ignées.

Le 15 décembre 1903, apparition et cautérisation d'un point douloureux sur la tête du cornet inférieur gauche, toujours quelques mamelons au point d'implantation primitif de la tumeur.

Nous ne la revoyons, et pour la dernière fois, que le 10 avril 1904 ; elle est extrêmement améliorée, mais à côté des nodules cutanés de la lèvre guérie, sont apparus d'autres, ainsi que sur le bord de la sous-cloison. Toujours quelques points suspects sur la tête des deux cornets inférieurs.

OBSERVATION II

Lupus primitif de la muqueuse nasale ayant débuté au niveau du méat inférieur. Larmoiement.

M^{me} B. 27 ans vient à la consultation otologique de l'hôpital Lariboisière en février 1900, pour otorrhée. Je trouve des lésions de carie de l'attique. Elle se plaint en outre de larmoiement de l'œil droit survenu cinq ans auparavant. Il y a non seulement larmoiement, mais sécrétion mucopurulente : à l'angle interne de l'œil il y a tous les matins une agglutination muco-purulente qui fait adhérer les paupières l'une à l'autre.

Elle raconte, en outre, que, à peu près à la même époque, et sans

qu'elle puisse préciser davantage, serait apparue de la sécheresse du nez qui persiste depuis, ainsi qu'une gêne vaguement douloureuse du nez avec expulsion fréquente de petites croûtes, sèches, adhérentes, difficiles à détacher.

L'aspect général de la malade est lymphatique, les tissus sont pâles et bouffis, la lèvre supérieure très épaisse.

Il y a un an, la malade a perdu une sœur poitrinaire.

Nous trouvons à la rhinoscopie antérieure, à l'insertion du cornet inférieur sur la branche montante à l'entrée du méat inférieur et sur le bord inférieur du cornet tout à l'entrée du méat, un aspect lobulé de la muqueuse. Les lobules sont rose pâle bleuâtre, faisant un peu saillie sur le plan général de la muqueuse et séparés les uns des autres par de petits sillons plus clairs et déprimés par rapport aux mammelons. N'ayant jamais vu de lésion semblable, nous étions fort embarrassés pour l'étiqueter. Néanmoins, les antécédents et l'habitus extérieurs de la malade nous font penser qu'il pourrait bien s'agir de tuberculose. Un fragment de muqueuse prélevé sur le cornet inférieur est examiné au microscope par le Dr Pautrier qui reconnaît les lésions caractéristiques de la tuberculose. Curettage et pansement à l'acide lactique.

La malade est perdue de vue. Elle revient nous voir en février 1902 pour son oreille. Notre attention est en outre attirée par un larmolement de l'œil gauche, avec mucopus au niveau des points lacrymaux. Elle se plaint toujours de sécheresse des fosses nasales, et mouche toujours des croûtes par la narine droite. — Nous faisons la rhinoscopie et nous trouvons sur le plancher du méat inférieur, un petit état mamelonné, qui, sans présenter des différences de coloration aussi nette qu'à droite, est cependant très mou et éveille nos soupçons.

Nous prélevons un fragment de muqueuse à ce niveau, et l'examen microscopique fait par le Dr Pantrier, chef de laboratoire du service, révèle qu'il s'agit de tuberculose (follicules et cellules géantes).

OBSERVATION III

Lupus primitif de la sous-cloison lymphangite du lobule du nez.

M. H. P.... 41 ans dessinateur à Paris, vint à la consultation laryngologique de Lariboisière en décembre 1902 pour gonflement avec rougeur du lobule nasal survenu depuis une huitaine de jours.

Il y a de la douleur, le nez est sensible, le contact, l'action de se moucher sont pénibles. Depuis deux mois déjà le malade avait ressenti un peu de gêne au niveau du lobule qui, de temps à autre, devenait légèrement rosé. Actuellement il est lymphangitique, rose, non luisant.

Le malade âgé de 41 ans est d'aspect plutôt chétif, les cheveux abondants et frisés sont presque blancs. « Il était blanc à 25 ans ». Très migraineux.

On note uniquement, dans ses antécédents, une fièvre typhoïde survenue à 35 ans. Le malade ne tousse pas, a bon appétit, n'a pas maigri et ne présente pas de signe de lésion pulmonaire.

Son père est mort à 45 ans des suites d'une rupture d'anévrisme. Mère 66 ans bien portante. Quatre frères vivants bien portants; deux autres morts; l'un des suites d'un refroidissement après une maladie ayant duré quatre ans, probablement de tuberculose pulmonaire; l'autre de fièvre typhoïde.

A l'examen du nez, on trouve à la partie tout à fait antérieure de la sous-cloison, au niveau du cul de sac antérieur du vestibule gauche, une petite fongosité rose pâle légèrement saignante du volume de deux grains de semoule, entourée sur une étendue moindre qu'une pièce de vingt centimes, de trois ou quatre nodules du volume d'une tête d'épingle, rose pâle, et mous. En relevant la pointe du nez pour mieux examiner les lésions, nous faisons soudre, au milieu des fongosités, une substance caséuse, jaunâtre, crémeuse.

Sans savoir exactement la nature de l'affection, mais mis en défiance par la présence des lobulations périphériques, nous pensons à la possibilité de la tuberculose, et nous détruisons au galvano-cautère les fongosités. Elles sont extrêmement molles, et, dans cette manœuvre, notre instrument passe aussitôt sans difficulté du côté opposé qui, cependant, n'était pas perforé avant l'intervention.

Nous appliquons une pointe de feu sur chacune des lobulations situées autour de la fongosité détruite.

9 décembre: va beaucoup mieux. La rougeur lobulaire a presque complètement disparu; plus de matière caséuse au niveau de la sous-cloison.

16 décembre, disparition complète de la lymphangite lobulaire; le malade ne souffre plus, nouvelle cautérisation des quelques fongosités subsistantes.

6 janvier 1903, ni douleur, ni rougeur; nouvelles pointes de feu sur les granulations de la sous-cloison.

Revu le 12 février 1903. Presque guéri à la pointe du lobule, il existe une toute petite perforation de 4 millimètres de diamètre, faite aux dépens de la sous-cloison et du cartilage quadrangulaire, à bords complètement cicatrisés.

Malgré notre recommandation de se faire surveiller de temps à autre, le malade se considère sans doute comme guéri, car nous ne le revoyons que le 10 avril 1904.

La lésion a augmenté d'étendue : on est en présence d'une perforation lupique caractéristique de la partie antérieure du cartilage quadrangulaire, avec une collerette de petites végétations molles. La lobulation a gagné le plancher narinal de chaque côté. Pas de lymphangite du lobule.

Après cinq séances de pointes de feu faites à dix jours d'intervalle, nous ne revoyons plus le malade.

Il revient nous trouver seulement le 6 avril 1905.

Trois semaines avant, un de ses camarades, en jouant, le frappe au nez assez violemment du revers de la main. Le résultat immédiat fut une épistaxis assez abondante ; et huit jours après apparaissait du gonflement et de la rougeur du nez extérieur, depuis la pointe jusqu'à mi-chemin de l'extrémité inférieure des os propres. C'était de la lymphangite seule sans nodules lupiques. Mais il existe sur la peau de la lèvre supérieure trois nodules lupiques, en trainée, sortant de la narine droite.

Les lésions intra-nasales sont alors extrêmement étendues ; non seulement les dimensions de la perforation nasale sont augmentées, mais les lésions ont envahi tout le vestibule nasal (avec maximum au niveau de l'arête formée par la rencontre du dos vestibulaire et de la cloison), le 1/4 antérieur des deux cornets inférieurs et la partie de la cloison nasale située en face.

Traitement par les cautérisations ignées répétées méthodiquement tous les quinze jours. Pointe de feu sur chacun des nodules cutanés. Malheureusement nous cessons de revoir le malade le 10 juin 1905. Il est très amélioré, mais non guéri.

OBSERVATION IV

Lupus primitif des fosses nasales. Lupus secondaire du nez et de la lèvre supérieure. Nodule lupique jugal et gomme cutanée au niveau du maxillaire inférieur.

Jeanne B.... 13 ans, m'est amenée par son père le Dr B... le 6 novembre 1903. Il a remarqué que, depuis deux ans environ,

l'enfant est gênée pour respirer, et obligée de respirer par la bouche à l'occasion d'un effort, ou d'une marche un peu rapide; et, pensant à la présence de végétations adénoïdes, me l'amène pour l'examiner.

L'enfant a, à son acquis, une bronchopneumonie survenue à l'âge de 2 ans, la coqueluche à 3 ans, la rougeole à 6 ans, la diphtérie à 9 ans.

A première vue il est facile de voir que l'entrée des deux narines est obstruée par des croûtes jaunâtres, mellecériques, quelques-unes sanguinolentes, qui ne laissent subsister qu'un faible pertuis pour le passage de l'air. Néanmoins nous nous assurons qu'il n'existe pas de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx.

Revenant à l'examen du pourtour du vestibule nous faisons doucement l'ablation des croûtes, et nous trouvons au-dessous d'elles, avec une mince couche purulente, une muqueuse fongueuse rouge saignante et entrecoupée de fissures.

Ces lésions occupent non seulement le pourtour des narines, mais atteignent en arrière la partie toute antérieure du plancher vestibulaire. La tête du cornet inférieur tout près de son insertion ainsi que l'origine de son bord inférieur présente un aspect blanchâtre, comme macéré avec de tout petits mamelons de même couleur.

L'apparition des croûtes remonterait à près de deux ans (novembre 1901.) Nous apprenons que l'enfant a, de longue date, l'habitude de porter ses doigts à son nez, enfin que le larmoiement constatable à l'œil gauche, remonterait aux premiers jours de mars 1902.

Par leur aspect, ces lésions rappelaient bien l'impétigo. Cependant la longue durée de l'évolution, la coexistence des mamelons sur les cornets et l'épiphora, nous faisaient plutôt penser à du loup.

En tout cas, il fallait rendre à cet enfant sa perméabilité nasale : nous fîmes donc un curetage des fongosités suivi de badigeonnage à l'acide lactique. Les fongosités enlevées furent confiées au Dr Pautrier qui, à l'examen histologique, ne trouva pas les lésions caractéristiques de la tuberculose.

Nous conseillons des applications de pommade salicylée au 1/10 en demandant à revoir l'enfant au plus tard dans deux mois (l'enfant habitait très loin de Paris.)

Malheureusement les choses allèrent bien en apparence, les croûtes disparurent, la respiration nasale demeura bonne, on crut l'affection terminée. La fillette fut mise en pension où on conti-

nua à donner des soins locaux jusqu'au jour où apparurent de la rougeur du nez et de la lèvre supérieure. A ce moment, je la revois de nouveau (février 1905).

Cette fois l'hésitation n'était plus permise, il s'agissait bien de lupus, la pointe et le dos du nez, ainsi que la lèvre supérieure au-dessous de la narine gauche présentaient des nodules caractéristiques.

Nous constatons, en outre, un début de lupus de la face, sous la forme d'un nodule isolé situé au niveau de la pommette.

Enfin à la palpation, nous sentons sur la force externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur à gauche, une nodosité ovulaire du volume d'un tout petit pois encore mobile sur les parties profondes, mais adhérent déjà un peu à la peau; siègeant juste au-devant du bord antérieur du masséter. Il s'agissait d'une petite gomme tuberculeuse.

Les lésions muqueuses avaient subi une aggravation parallèle. Des deux côtés, le 1/4 antérieur des cornets inférieurs, les parties correspondantes du plancher nasal et du septum cartilagineux, présentent les granulations et les sillons que nous avons déjà vues dans les observations précédentes.

Nous commençons immédiatement un traitement méthodique consistant en pointes de feu, faites au galvano-cautère, nous gardant bien de faire un curettage qui serait capable de provoquer une nouvelle inoculation. Nous voyons la malade tous les mois, et actuellement, elle est extrêmement améliorée.

Plusieurs points sont à préciser dans l'étude de la tuberculose nasale.

Dans un article très intéressant paru récemment dans les *Annales*, Escat déclare n'avoir observé au niveau des fosses nasales qu'une seule forme de tuberculose primitive, le lupus. Nos observations concordent avec celles d'Escat: toutes nos observations de tuberculose primitive de la pituitaire ont trait à la forme lente de la tuberculose.

Nous pensons, toutefois, que le lupus lui-même se présente sous des aspects suffisamment différents pour justifier sa classification en plusieurs formes cliniques (forme ulcéreuse, forme végétante, forme de tumeur, lupus vorax.)

L'observation I est un type de lupus à forme de tumeur que nous avons tenu à rapporter.

Contrairement à une opinion encore en cours, nous croyons le lupus de la pituitaire relativement assez fréquent ; et nous pensons que dans la grande majorité des cas il précède le lupus du nez et de la face. Pour le professeur Audy (Escat, *Annales*, Octobre 1905), le lupus du nez et de la face serait toujours consécutif à un lupus de la pituitaire. Nos observations ne semblent pas nous permettre d'être aussi affirmatif.

Toutefois, comme le fait remarquer Escat, le lupus pouvant guérir spontanément, il serait possible que quelque lésion nasale ait cessé d'exister au moment de l'examen, lésion discrète, cachée dans un des recoins des fosses nasales.

En tout cas, il y a grand intérêt à rechercher le mode de début du lupus, ses lieux d'origine de prédilection, les symptômes d'ordre extra-nasal qui peuvent le révéler et c'est ce que nous nous efforçons de faire dans des recherches actuellement en cours.

Le type classique de la perforation lupique du septum avec ou sans lésion de la tête des cornets inférieurs est déjà une étape avancée du processus ; et le pronostic de l'affection serait sans doute moins sérieux si le traitement pouvait être fait à temps.

Trois formes de début sont notées dans les observations que nous présentons dans cette note.

L'observation II est un exemple de ce qu'on pourrait appeler le *début lacrymal du lupus nasal*.

Rien de plus fréquent que le larmolement au cours de la tuberculose nasale confirmée, alors que cloison, cornets inférieurs et plancher sont atteints de lésions nettes et diffuses. La filiation, dans ces cas, est facile à saisir : de la cloison la lésion gagne le méat inférieur et l'orifice nasal du canal lacrymal (que la lésion du canal soit tuberculeuse ou non).

Dans notre cas c'est l'inverse qui s'est produit : le point de départ a été le méat inférieur dans sa partie antérieure, et, beaucoup plus tard, la lésion a gagné le septum.

Ce mode de début lacrymal ne doit pas être absolument rare.

Nous examinons en ce moment, à ce point de vue, tous les malades atteints de larmolement que veut bien nous envoyer

M. le D^r Morax à la consultation de Lariboisière, et nous avons en observation un enfant d'une dizaine d'années ayant eu récemment un abcès du sac et qui, examiné par nous peu de temps après, présentait à l'entrée du méat inférieur, visible seulement après rétraction du cornet sous l'action de l'adrénaline, une petite végétation, molle, saignant au contact du stylet, dont nous avons fait l'ablation et inoculation à un cobaye. Le résultat de l'expérience n'est pas encore connu, mais le facies pâle, scrofuleux de l'enfant, les antécédents (lupus de la face chez la mère) nous fait croire qu'il s'agit de tuberculose. Le reste de la fosse nasale est absolument sain.

Poulard (Adénopathies dans les affections oculaires *th.*, Paris 1903.) cite un cas de tuberculose du sac lacrymal avec laquelle coexistait « dans la fosse nasale du côté droit un grand nombre de petites saillies granuleuses sur la nature desquelles le rhinologiste du service, D^r Gellé, n'est pas fixé », et qui, inoculées à un cobaye le rendirent tuberculeux. Ces petites saillies granuleuses sont pour nous l'aspect habituel du lupus de la muqueuse nasale. Ce sont des saillies du volume de deux têtes d'épingle, mamelonnées rose bleuâtre, molles, séparées par de petits sillons exulcérés qui constituent, d'après l'expérience que nous a donné l'examen de nos quelques cas, l'aspect objectif du lupus au début.

Dans un autre cas de tuberculose rapide des voies lacrymales, le même auteur, bien qu'il n'y eût « pas de lésions notables permettant d'affirmer l'existence de tuberculose des fosses nasales », ayant fait prélever une petite parcelle de muqueuse du méat inférieur, reconnu par l'inoculation qu'il s'agissait de tuberculose. Nouvel exemple de lésion tuberculeuse tout à fait discrète du méat inférieur.

Il y a donc nécessité absolue d'examiner systématiquement le méat inférieur de tout sujet présentant du larmoiement. Il faut examiner minutieusement l'entrée du méat inférieur, écarter le cornet si c'est possible, une turbinotomie de la tête du cornet serait presque autorisée. Si le moindre doute existe sur l'existence d'une lésion : faire une biopsie et une inoculation.

Nous connaissons encore l'observation de Molzi (archives

internationales de laryngologie otologie et ringologie, juillet, août 1904.) ou la lésion cachée sous la face méatique du cornet inférieur se présentait sous les *traits d'une rhinite hypertrophique banale* et ne fut reconnue qu'accidentellement après turbinotomie.

L'observation III est un exemple de ce qu'on pourrait qualifier de *début à forme lymphangitique lobulaire*.

Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, nous pensâmes immédiatement à un petit furoncle du vestibule, ayant amené un poussée lymphangitique du lobule. Nous fumes surpris de trouver à l'extrémité tout antérieure de la sous-cloison, dans le cul de sac du vestibule, la petite fongosité et le produit caséux dont nous avons parlé. L'inoculation à un cobayé ne fut pas faite, mais la marche ultérieure de l'affection a suffisamment démontré la nature de cet accident initial ; il s'agissait, en somme, d'une petite gomme tuberculeuse de la pointe de la sous-cloison, peut-être consécutive à l'infection d'une glande ou d'un des follicules pileux du vestibule.

Avec l'observation IV, nous assistons à un autre mode de début qu'on pourrait appeler *forme impétigineuse vestibulaire*.

Ici le microscope a été en défaut : peut-être les petites fongosités enlevées traduisaient-elles simplement une réaction inflammatoire banale coexistant avec les lésions tuberculeuses ? En tout cas la constatation des lobulations de la muqueuse acquiert, dans cette observation, une signification diagnostique importante.

Notons encore la présence du larmolement dans ce cas de *lupus pituitaire*.

Cette observation est encore très intéressante à un autre point de vue : celui du mode de propagation du *lupus pituitaire* à la joue.

Il est remarquable de constater que le siège presque invariable du *lupus* de la face est la pommette. Pourquoi cette localisation de prédilection ? Parce que le point de départ est la pituitaire, et que la voie suivie par l'infection est la voie lymphatique : double fait que démontre notre observation.

En effet, il existe dans la région de la pommette un ou

deux petits ganglions sous orbitaires (M. André, *Les lymphatiques du nez Th.*, Paris 1905) encore englobés sous la dénomination générale de ganglions faciaux (Cunéo.) qui reçoivent les lymphatiques du nez, et, par suite des anastomoses de ces derniers avec ceux de la pituitaire à sa partie antérieure, les lymphatiques de la muqueuse nasale. L'infection tuberculeuse partie de la pituitaire franchit les canaux et s'arrête au premier relai ganglionnaire (jugal) d'où, par les lymphatiques cutanés, elle se propage à la peau. Elle peut aller plus loin et gagner le petit ganglion situé (M. André) sur la branche horizontale de la mâchoire inférieure juste au contact de l'artère faciale, au devant du bord antérieur du masséter.

Ces deux faits se sont produits dans notre observation.

En effet, en même temps que, en février, nous constatons le nodule de la pommette, nous pouvions reconnaître la petite gomme tuberculeuse sur le maxillaire inférieur, développée au point exact où est situé le ganglion dont nous venons de parler.

L'observation comporte un autre enseignement.

En effet, nodule jugal et gomme sont apparus à la suite de notre curettage de la lésion, et c'est cette manœuvre qu'il faut rendre responsable de la diffusion de l'infection. Nous en avons eu récemment la confirmation. Nous avons vu, en effet, chez une malade de Lariboisière deux nodules de la pommette apparaître cinq jours après un curettage de la fosse nasale suivi de badigeonnage à l'acide lactique. Quoi qu'il puisse sembler extraordinaire qu'un nodule lupique puisse apparaître si peu de temps après le traumatisme, le fait est certain, indéniable. Peut-être, d'ailleurs, le curettage n'a-t-il fait que donner un coup de fouet à une infection sur le point de se manifester ! En tout cas, ces faits nous ont décidé à renoncer au curettage dans le traitement du lupus.

En terminant nous citerons un fait observé il y a peu de temps et sur lequel dorénavant notre attention est attirée.

Une femme de 38 ans atteinte de lupus de la face, vient me consulter pour gêne nasale, consistant surtout en une augmentation de la sécrétion qui est également modifiée dans sa

qualité. Depuis son enfance, en effet, elle mouche des croûtes, assez difficilement détachables, et ne s'accompagnant pas de mauvaise odeur. Nous pensons à quelques lésions lupiques peut-être développées sur un ancien catarrhe nasal.

Or, à l'examen du nez, nous trouvons une rhinite atrophique étendue avec croûtes abondantes sans ozène.

Il n'y a pas là seulement à notre avis, une simple coïncidence : nous sommes convaincus de la relation de cause à effet entre le lupus de la pommette et l'affection nasale.

La lésion nasale a-t-elle simplement servi de porte d'entrée au bacille de Koch ? ou bien constitue-t-elle une forme larvée de la tuberculose ?

Nous ne pouvons pour le moment que poser la question sans la résoudre.

En résumé nous pouvons réunir les remarques précédentes sous les quatre chefs suivants :

1° Il est de la plus haute importance de pouvoir dépister les premières manifestations du lupus de la pituitaire ; car traité au début, on peut en espérer la guérison radicale, laquelle est malheureusement difficile à obtenir à une période plus avancée de son évolution.

2° Ce diagnostic nous semble très possible : l'aspect des granulations que nous avons relaté dans nos observations, nous paraît avoir une grande valeur. D'ailleurs, une biopsie est toujours un adjuvant utile.

Il faudra surtout examiner avec grand soin, outre la cloison cartilagineuse, le méat inférieur (forme lacrymale) et l'extrémité tout à fait antérieure de la sous-cloison.

3° Le lupus de la face nous semble être sous la dépendance habituelle d'une lésion tuberculeuse de la fosse nasale. Cette lésion pourrait bien ne pas toujours se présenter sous l'aspect clinique habituel de lupus (rhinite atrophique sans ozène?).

4° La propagation à la face se fait par voie lymphatique : elle peut succéder à un curettage de la muqueuse nasale, fait qui doit rendre très prudent dans l'usage de ce procédé thérapeutique.

III

SURDIMUTITE ET EMPOISONNEMENT PAR LES PTOMAINES (1)

Par **W. SOHIER BRYANT A. M. M. D.** (New-York.)

Les causes de la surdi-mutité sont souvent obscures et nous pensons qu'il est intéressant de profiter de toutes les occasions d'éclaircissement que l'on peut avoir sur la question.

Le premier malade était une fillette de 2 ans et demi, bien portante, bien vivante sachant parler et jouant comme les autres enfants. Un an auparavant elle avait eu une attaque douteuse de rougeole. Antécédents héréditaires négatifs, elle était seule enfant, les parents avaient été mariés cinq ans avant sa naissance et son père avait d'un précédent mariage plusieurs enfants bien portants.

Le 23 mars 1902 l'enfant tomba malade après avoir mangé un sorbet qui avait été acheté chez un marchand ambulant, elle eut une fièvre élevée et le lendemain fut admise à l'hôpital allemand de Brookline. Les notes d'hôpital sont les suivantes : pouls : 124°, respiration : 28, température : 101°, F. 2/10. Le premier diagnostic porté est entérite aiguë et le diagnostic définitif est empoisonnement par les ptomaines, urines normales.

L'enfant retourna chez elle le quatrième jour, la marche était défectueuse, les membres inférieurs paraissaient partiellement paralysés, pendant six semaines elle resta chancelante, obligée de se tenir aux objets environnants. Elle avait de la difficulté pour boire et des spasmes des deux côtés de la face. Par signes elle indiquait de la douleur de tête. Son père remarqua sa surdité environ une semaine après l'empoisonnement, cette surdité se montra d'emblée totale.

(1, Communiqué à la Société Américaine d'otologie Boston, mars 1905.

J'examinais l'enfant le 5 mai, elle ne prononçait aucun mot, n'émettait que des sons inarticulés et faisait des signes. Elle était pâle, mais d'aspect bien nourrie elle paraissait somnolente, grognon, elle marchait en chancelant, les pieds écartés, il n'y avait aucune atrophie musculaire, ni aucune paralysie apparente, rien d'anormal dans l'oreille externe, les deux membranes du tympan étaient légèrement rétractées, avec des triangles lumineux petits et brillants, l'enfant ne semblait entendre aucun son, elle ne répondait à aucun bruit, mais cependant remarquait un choc violent sur le parquet, ou un ébranlement suffisant pour ébranler la chambre.

En août 1905, malgré le traitement à l'iodure de potassium, l'état était resté absolument stationnaire.

Diagnostic : L'association des phénomènes parétiques avec la gastro-entérite qui les a précédés, indique leur origine toxique et, étant donnée l'histoire de la glace, il est évident que le poison a dû être quelque ptomaine.

OBSERVATION II. — Cette observation est plus courte, mais suggestive. Le malade était un garçon de 2 ans et demi. Sept semaines avant que je l'ai vu il avait eu une attaque de fièvre qu'aucun médecin ne soigna. Pendant quatre semaines l'enfant ne pouvait plus marcher, ni entendre. Aujourd'hui il entend une voix très forte. Rien d'anormal dans les oreilles.

La littérature médicale sur le point qui nous occupe est très restreinte et j'ai pensé qu'on pouvait combler ce vide en se servant des accidents analogues qui ont été décrits dans les maladies de l'œil. L'analogie me semble, en effet, permise entre les nerfs optiques et auditifs et pour cette raison je prends la liberté de résumer un certain nombre d'auteurs qui ont traité des troubles oculaires dans les empoisonnements par les ptomaines ; j'ai surtout fait des emprunts à Ritzke. En 1817 Justinus Kerner décrivait des symptômes oculaires du botulisme mais les prit pour de la trichynose ; depuis un grand nombre d'auteurs se sont occupés de la question.

Les symptômes oculaires commencent quelque temps après le début des symptômes d'empoisonnement, ils sont à la fois d'ordre moteurs et sensoriels. Ce sont la mydriase, l'amblyopie, le ptosis, un défaut de l'accommodation ; la plupart des malades guérissent, d'autres meurent.

Les symptômes oculaires apparaissent plus tard que les autres symptômes d'empoisonnement, un, huit, neuf, dix jours après, ils sont bilatéraux, les troubles de l'accommodation sont les plus fréquents et les plus précoces. Puis vient la paralysie du droit externe, la paralysie de la pupille n'est observée que dans les cas graves. Guttman a trouvé dans le fond de l'œil de l'hypérhémie de la papille. Ruge et Flugu ont mentionné de la kératite et de la panophtalmie. Le pronostic est bon, la guérison survenant dans un espace de huit jours à neuf semaines, les troubles de l'accommodations qui sont les premiers à paraître sont les derniers à disparaître.

Bactériologie et toxicologie. — Van Hermangen découvrit le bacillus botulinus dans la rate d'un malade qui avait mangé du jambon, il le découvrit aussi dans le jambon. Le bacille produit une toxine spécifique qui injectée aux animaux donne du ptosis, de la mydriase, de la diplopie, de la dysphagie, de la constipation, de la rétention d'urine. Les autres formes d'empoisonnements ptomaïques sont dues au protéus, au colibacille et au bacillus entéritidès (Gartner). Marinesco a étudié l'action du bacillus botulinus sur le système nerveux. Ce bacille cause la dégénérescence cellulaire avec prolifération de la névroglie. Tschernyschew a trouvé dans une autopsie des altérations des cellules ganglionnaires surtout dans la moelle et surtout dans le cervelet.

Römer et Stein ont vu chez les singes des lésions des noyaux oculo-moteurs et dans les cellules que Bernheimer considère comme le centre de l'accommodation. Toutes les formes de névrites peuvent être causées par l'intoxication.

Wittmaack, dans son article sur la névrite toxique du nerf auditif, rapporte un cas d'intoxication de ce nerf. Il considère que la névrite auditive est analogue à la névrite optique, que les symptômes cliniques et que les lésions anatomo-pathologiques sont analogues, malheureusement l'empoisonnement ptomaïque n'est pas parmi ceux qu'il mentionne.

Malgré cette pauvreté de la littérature sur notre sujet, nous pouvons par analogie avec les troubles oculaires décrire les troubles auditifs dans l'empoisonnement par les ptomaines.

Nous avons une observation qui paraît être une névrite

auditive d'origine toxique et être également une dégénérescence d'origine toxique des centres du langage. Le pronostic est mauvais puisqu'aucune amélioration n'est survenue ; il est probable qu'un plus grand nombre de cas semblables seraient observés si l'attention des médecins était attirée sur ces faits. Il est possible qu'un certain nombre de maladies de Ménière soient des névrites toxiques ; de même, un certain nombre de surdi-mutités, débilités mentales et de paralysies d'origine inconnue.

Il est raisonnable de penser que la surdité brusque et les vertiges sont dus dans notre cas à la névrite toxique soit périphérique, soit centrale. L'aphonie doit être attribuée à quelque dégénération des centres ; peut-être y avait-il quelque altération du facial expliquant les spasmes de la face.

Diagnostic différentiel. — L'encéphalite ne sera pas confondue en raison de l'absence d'antécédents et d'un foyer d'infection. Il ne pourra pas non plus être question d'une inflammation chronique non suppurée du cerveau à cause du début brusque.

L'empoisonnement par l'atropine se distingue parce que l'atropine à petites doses affecte d'abord la pupille et à plus grosses doses l'accommodation tandis que dans l'empoisonnement ptomaïnique cet ordre est renversé.

L'hémorrhagie cérébrale et l'embolie se distinguent par la différence des symptômes et le plus grand nombre de symptômes.

La méningite cérébro-spinale se distingue par l'évolution. Dans la méningite cérébro-spinale, les symptômes céphaliques sont d'abord prédominants et il y a généralement des signes d'excitation cérébro-médullaires. Dans l'empoisonnement ptomaïnique, les symptômes abdominaux sont d'abord les plus marqués et consécutivement apparaissent les symptômes cérébraux sans symptômes médullaires.

La paralysie bulbaire aiguë est exclue si les troubles de la déglutition ne sont pas tous marqués et aussi par la paralysie de quelques-unes des paires crâniennes antérieures.

Conclusion. — L'empoisonnement par les ptomaïnes botuliques est produit par le bactérium botulinus qui produit un

poison spécifique (botuline). Cette toxine a une action spécifique élective sur les centres nerveux donnant des symptômes plus ou moins définis.

D'autres bactéries peuvent causer des symptômes de gastro-entérite considérés habituellement comme une intoxication par des ptomaïnes.

Le diagnostic peut-être basé sur l'histoire de la maladie et l'évolution des symptômes. Le botulisme peut être vraisemblablement la cause de maintes paralysies, maintes dégénérescences nerveuses d'obscur origine et peut-être dans quelques cas la cause première d'un arrêt de développement dans le système nerveux ou périphérique.

IV

SERVICE OTO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

DE LA DOULEUR DANS LES PANSEMENTS A L'ACIDE BORIQUE CHEZ LES ÉVIDÉS

Par **Léon VIDAL** (de Montpellier).

Depuis le jour où on a commencé à faire des évidements pétro-mastoïdiens pour la cure radicale des otorrhées, on s'est rendu compte de l'importance des pansements consécutifs à cette opération. On a même dit : « l'opération n'est rien, les pansements sont tout ». Les auristes se sont plus ou moins occupés de cette question et le nombre déjà grand des procédés mis en avant pour activer l'épidermisation montre qu'on n'était pas arrivé à une solution absolument satisfaisante.

Il y a quelques années, Eeman de Gand, en faisant connaître son mode de pansement par la poudre d'acide borique, a rendu un grand service et a fait faire un grand pas à la question. Sans vouloir porter de jugement prématuré, nous nous contenterons de constater que cette méthode tend de plus en plus à se généraliser et à supplanter la méthode du tamponnement, qui pourtant comptait à son actif un grand nombre de succès.

Il y a deux ans, quand M. Lermoyez essaya dans son service de l'hôpital Saint-Antoine la méthode d'Eeman, il fut frappé par le fait suivant : les pansements avec l'acide borique étaient très douloureux, à tel point même que certains malades ne pouvaient les supporter. Pour cette raison et vu l'insuccès de quelques cas, M. Lermoyez abandonna ce mode de pansement et revint au tamponnement. L'an dernier, devant les succès obtenus par MM. Lombard et Caboche dans le service d'oto-

rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière et devant les beaux résultats communiqués par ce dernier à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, M. Lermoyez se promet de faire une seconde expérience. A partir du mois de mai 1904 et plus particulièrement à partir du mois de novembre, tous les malades opérés d'évidement dans son service furent pansés avec l'acide borique suivant la méthode belge. Comme la première fois, un fait ne tarda pas à être mis en évidence : la douleur provoquée par ces pansements.

Attaché au service de M. Lermoyez depuis plus d'un an, nous avons eu la bonne fortune d'avoir un certain nombre de malades confiés à nos soins, nous les avons pansés depuis l'opération jusqu'à guérison complète. Comme notre maître, nous avons été frappé par la violence de cette douleur chez certains de nos malades et nous nous sommes demandé quelle pouvait être la cause de cette douleur et les moyens d'y remédier. Intéressé par cette question, nous avons pensé l'approfondir et en faire le sujet d'une étude. M. Lermoyez, à qui nous avons fait part de notre idée, a bien voulu nous encourager de ses conseils et mettre à notre disposition toutes les observations des malades qui avaient été opérés dans son service. Nous lui en sommes très reconnaissant et nous l'en remercions bien vivement.

Avant d'entreprendre cette étude nous dirons quelques mots de la technique que nous avons employée pour nos pansements telle qu'elle a, à peu de chose près, été indiquée par Eeman lui-même, les otologistes belges et Lombard et Caboche.

Après l'opération on fait un pansement, consistant en un tamponnement à la gaze iodoformée ou non et suffisamment serré pour faire l'hémostase. On ne met pas de poudre d'acide borique dès ce premier pansement, car à peine mise, elle serait dissoute dans le sang qui suinte des parois de la plaie opératoire. On laisse ce tamponnement de cinq à sept jours, après quoi, on fait le premier pansement à l'acide borique. Il vaut mieux le faire sous chloroforme, d'abord parce qu'il est douloureux et ensuite parce qu'on peut, si c'est nécessaire, compléter l'opération par quelques coups de gouge ou de curette dans le cas où on aurait laissé quelque point suspect ou non

suffisamment égalisé. Après une toilette très soignée et très minutieuse de la plaie, on remplit la cavité opératoire de poudre d'acide borique préalablement stérilisée ; on verse cette poudre à même le flacon ou au moyen d'une cuillère ou d'une spatule. Une fois la cavité remplie de poudre, on met par-dessus quelques compresses de gaze aseptique et quelques gâteaux d'ouate également aseptique. Dans la suite, on renouvelle les pansements tous les jours et pendant encore trois, quatre ou cinq jours on remplit la cavité comme il a été dit plus haut ; au bout de ce laps de temps on peut se servir, pour introduire l'acide borique, du lance-poudre de Kabierske, qui a l'avantage de le répandre plus parcimonieusement et plus régulièrement dans la cavité en bissac bien connue. Quant à la quantité de poudre à introduire chaque fois, il faut qu'elle soit telle que le lendemain en retirant le pansement on la trouve toute fondue et qu'il n'en reste plus dans la cavité. Après quelques tâtonnements on arrive très vite à se rendre compte de ce qu'il faut insufler.

Au bout d'un temps qui varie en général entre deux et trois mois, la plaie est complètement épidermée, ayant passé par les différentes phases d'organisation décrites par les auteurs.

Ceci dit, voyons quels sont les caractères de la douleur quand elle se présente. Nous devons signaler, en effet, dès le début, que cette douleur est très inconstante et qu'elle offre les plus grandes variétés dans son intensité. Alors que l'on voit certains malades supporter ces pansements avec la plus grande sérénité et sans se plaindre le moins du monde — nous en citerons deux cas — il en est d'autres, au contraire, qui éprouvent des douleurs terribles, intolérables même. On les voit se rouler, se tordre et parfois la douleur leur arrache des larmes et des cris.

Sans atteindre ce maximum dans la majorité des cas, nous devons toutefois reconnaître que les sujets qui ne souffrent pas sont la grande exception, tandis que ceux qui souffrent forment l'immense majorité.

En, général c'est immédiatement après le pansement, quelquefois même pendant le pansement que naît la douleur ; elle est d'abord sourde et supportable, mais elle augmente peu

à peu et ne tarde pas à atteindre son paroxysme. Si l'on examine les malades, on suit sur leur physionomie les progrès de la douleur. Si on les interroge à ce moment et si on leur demande de décrire leurs souffrances, la plupart vous disent qu'ils éprouvent des élancements dans la plaie, des piqures, des brûlures, d'autres même parlent de sensation d'éclatement, il leur semble que leur tête va se fendre.

Dans bien des cas cette douleur ne reste pas localisée, elle s'irradie et ces irradiations ont lieu le plus souvent pour ne pas dire toujours du côté de la gorge et du maxillaire supérieur. Comme nous aurons occasion de le voir quand nous étudierons la pathogénie de cette douleur, ces irradiations du côté de la gorge nous ont été d'un grand secours pour approfondir l'étude du mécanisme de cette douleur.

Celle-ci n'est pas continue, elle n'augmente pas régulièrement jusqu'à son apogée pour redescendre ensuite graduellement, mais elle procède au contraire par à-coups, elle présente des paroxysmes, arrive à un summum puis va diminuant, bien que présentant encore des accès plus ou moins forts. Sa durée est très variable : commençant de suite ou presque de suite après le pansement, elle dure en général deux ou trois heures, quelquefois plus, mais la plupart des malades sont unanimes à dire que même après la crise, dans le courant de la journée, ils éprouvent quelques petites souffrances. Celles-ci disparaissent complètement vers sept ou huit heures si le pansement a été fait vers dix ou onze heures et la nuit est bonne, ainsi que la matinée du lendemain, jusqu'au pansement suivant.

Comme il est facile de le prévoir, les douleurs sont de moins en moins fortes à mesure que l'on s'éloigne du jour de l'opération et il arrive même un moment où les pansements ne sont plus ou presque plus douloureux. D'après les cas qu'il nous a été donné de suivre, nous pouvons dire que seuls les dix ou quinze premiers pansements sont douloureux ; mais la plupart du temps à partir du dixième ils sont très supportables. Un fait assez curieux que nous avons observé et pour lequel nous avons cru trouver une explication dont nous parlerons quand nous relaterons ce cas est le suivant : le premier pansement à l'acide borique et quelquefois le deuxième peuvent ne pas être

douloureux, tandis que les suivants le sont affreusement ; ce fait paradoxal en apparence s'explique très bien quand on admet notre manière de voir.

Pour mieux étudier la marche de la douleur on peut la représenter par une courbe sur une feuille quadrillée : l'axe des abscisses représente les différentes heures de la journée et celui des ordonnées l'intensité de la douleur. On divise la feuille quadrillée en un certain nombre de rectangles dont chacun représente une journée et on a ainsi un graphique qui donne à première vue une idée assez exacte de la marche de cette douleur.

Par l'étude de graphiques ainsi obtenus, on s'aperçoit que pour arriver au maximum de souffrance, il faut très peu de temps et que ce maximum est atteint presque de suite après le pansement ; la décroissance, au contraire, a lieu bien plus lentement et la courbe se rapproche lentement et insensiblement de l'horizontale. Ainsi que nous l'avons dit en commençant, cette douleur est très variable suivant les sujets. Les femmes sont en général plus douillettes que les hommes et doivent, par conséquent, se plaindre plus qu'eux. On verra par les observations que nous citons plus loin que nous avons eu surtout à examiner des femmes. Nous avons seulement deux observations d'hommes : dans l'une, le patient a souffert et même beaucoup ; dans l'autre, le sujet n'a pas du tout souffert et à aucun moment. Nous verrons aussi qu'il faut tenir compte d'un certain élément psychique, surtout dans un milieu hospitalier où les malades se font part mutuellement de leurs maux et ont une tendance à se suggestionner les uns les autres.

En présence d'un pareil inconvénient présenté par ce nouveau mode de pansement, il était tout naturel de chercher un moyen d'y parer, car la méthode donnant de bons résultats, on ne pouvait pas l'abandonner pour cette seule raison.

On a d'abord cherché, et c'est ce que nous avons fait dans nos premiers cas, à combattre la douleur, comme une douleur quelconque, et c'est ainsi qu'on a été amené à essayer toute la série des analgésiques ou des calmants, depuis l'antipyrine jusqu'à la morphine, en passant par l'aspirine, le pyramidon, la phénacétine, le bromure, le chloral, l'opium, etc., etc. De plus,

on a essayé de donner ces différents médicaments avant ou après le pansement. Comme on peut bien le supposer, cette médication symptomatique ne pouvait avoir qu'un effet palliatif qu'une action passagère et limitée ; c'est effectivement ce qui est arrivé. Toutefois, on ne doit pas la dédaigner, car dans les cas vraiment douloureux un cachet administré à temps rend très supportable cette douleur. Ce qui nous a donné les meilleurs résultats sont les cachets de phénacétine (0,25 centigrammes) un à deux par jour, ou les cachets d'antipyrine et de phénacétine (AA). Enfin, dans les cas de douleur intense on peut avoir recours à une piqûre de morphine. Bien entendu, en pareille circonstance on devra s'astreindre à la règle générale de faire soi-même la piqûre et de ne jamais confier la seringue et la solution au malade. Disons de suite qu'il est bien rare qu'on ait besoin de recourir à ce moyen, mais le cas peut se présenter et le résultat est prompt et merveilleux.

Néanmoins, cette manière de faire était trop peu satisfaisante pour l'esprit et on a cherché autre chose. On a eu l'idée, par exemple, de faire précéder le pansement : l'insufflation d'acide borique, d'un badigeonnage des parois de la cavité avec une solution de cocaïne. Le résultat au point de vue douleur n'était pas mauvais ; mais il y avait un grave inconvénient dont on ne tarda pas à s'apercevoir — nous en avons un cas dans nos observations — c'est que ces badigeonnages avaient pour effet de faire bourgeonner la plaie et de faire combler la cavité. En agissant ainsi, en effet, on enfreignait une des principales règles des pansements à l'acide borique, qui consiste à toucher le moins possible à la plaie opératoire.

On a aussi songé à insuffler un mélange de chlorhydrate de cocaïne et d'acide borique. Nous n'avons jamais essayé, dans la crainte d'accidents d'intoxication.

Pensant que la douleur était due uniquement à l'acide borique et qu'elle disparaîtrait si on le remplaçait par d'autres poudres, on a employé des poudres peroxygénées, l'abion, par exemple, mais les pansements étaient aussi douloureux et la plaie était peut-être un peu moins belle qu'avec l'acide borique. Nous avons eu l'idée à un moment d'employer l'orthoforme, nous y avons renoncé devant la difficulté de stériliser ce produit.

Devant ces insuccès nous nous sommes demandé si en étudiant d'un peu près cette douleur, en essayant d'approfondir sa pathogénie, il ne serait pas possible d'étayer une thérapeutique plus rationnelle et plus logique que celle suivie jusqu'à présent. C'est ce que nous avons fait et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

Nous admettons dans cette douleur provoquée par les pansements à l'acide borique deux éléments : un sous la dépendance du pansement en lui-même, l'autre dû à la trompe d'Eustache.

On comprend très bien que l'insufflation d'une poudre quelconque dans une plaie cruentée soit douloureuse, surtout quand cette plaie se trouve au niveau de la caisse du tympan. Cette douleur est variable, bien entendu, et plus ou moins vive suivant le coefficient de sensibilité des sujets. Contre cet élément, peu de chose à faire à part ce que nous avons dit.

Quant au second élément, voici comment nous avons été amené à l'admettre. On a vu que les malades signalent souvent des irradiations du côté de la gorge. Frappé par cette particularité, nous avons pensé qu'il fallait peut-être faire jouer un rôle à la trompe d'Eustache. On sait combien l'introduction d'un corps étranger dans ce canal est douloureux. Que l'on se rappelle les sensations éprouvées par les malades que l'on soumet au bougirage. Or, cette poudre d'acide borique introduite dans la caisse pénètre aussi en partie dans la trompe ; l'acide borique, aussi fin qu'il soit pulvérisé, se met toujours plus ou moins en grumeaux et a toute facilité pour s'engager dans l'ouverture de la trompe. On conçoit, d'autre part, que jusqu'au moment où ces petits grumeaux d'acide borique auront été expulsés ou auront été dissous les douleurs persistent. Voilà l'hypothèse que nous avons été amené à admettre, il ne restait plus qu'à en obtenir la confirmation.

Nous observions à ce moment-là la malade qui fait le sujet de l'observation VI et qui avait de très fortes irradiations dans la gorge. Si nous parvenions par un moyen quelconque à empêcher l'introduction de la poudre dans la trompe, nous devions du même coup supprimer la douleur. C'est alors que nous avons eu l'idée d'instiller, avant de mettre la poudre, une

goutte d'un liquide suffisamment sirupeux et en même temps aseptique en l'espèce, de la glycérine gâicolée à 1/50 sur l'orifice de la trompe pour supprimer du même coup les souffrances. Afin de ne pas influencer la malade, nous nous gardâmes de l'avertir de ce que nous allions lui faire et un matin nous fîmes tomber sur l'orifice de sa trompe, qui, entre parenthèses, était très apparent, une goutte d'huile gâicolée; après quoi le pansement fut terminé comme d'habitude. Le lendemain nous étions agréablement surpris en voyant la malade nous dire toute souriante qu'elle n'avait pas souffert; nous continuâmes ce jour-là notre manière de faire et la malade passa une bonne journée. Le jour suivant, pour mettre notre méthode à l'épreuve nous supprimâmes la glycérine, toujours sans rien dire à la patiente, et les douleurs de réapparaitre aussi fortes; nouveau pansement avec glycérine et comme par enchantement les douleurs disparaissent. L'expérience était, ce nous semble, suffisamment concluante, nous nous promettions bien de l'expérimenter encore; malheureusement, nous n'avons pas eu de nouveau malade, la prochaine fois que nous aurons un cas semblable nous agirons de même et nous espérons obtenir le même résultat.

Nous avons dit que dans certains cas la douleur peut n'apparaître qu'après le premier ou le deuxième pansement. Avec la théorie que nous admettons il est très facile d'expliquer ce phénomène; dans les premiers jours qui suivent l'opération il se produit un suintement sanguin sur les parois de la cavité opératoire. Un peu de sang s'insinue dans l'ouverture de la trompe et il se forme là un petit caillot qui fait office de bouchon. Le jour où ce caillot est chassé ou se désagrège, la trompe est libre, l'acide borique y pénètre et les douleurs apparaissent.

Nous allons maintenant, avant de conclure, citer les quelques observations que nous avons pu recueillir en les faisant suivre des quelques réflexions qu'elles nous ont suggérées.

OBSERVATION 1. — Gabrielle Lag..., 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Isambert, n° 6, le 7 mai 1904.

Antécédents héréditaires et personnels, néants.

Otorrhée datant de l'enfance, évoluant par accès et soignée par des injections d'eau boriquée. Il y a quatre ans, opérée de mastoidite, malgré ce, l'oreille n'a pas cessé de couler.

Il y a quinze jours, douleur assez violente en arrière du conduit. Insomnie.

Examen. — O. G. gonflement rétro-auriculaire avec tumeur fluctuante. Douleur vive à l'antre et à la pointe. Contracture légère du sterno-cléido-mastoïdien. Conduit plein de pus, fétide en collapsus dans le fond : bourgeons saignants.

Paralysie faciale récente limitée au facial inférieur. Pas de céphalée, pas de vertiges, pas de bourdonnements.

O. D. normal.

13 mai. — Evidement pétro-mastoïdien par M. Lermoyez. Curetage soigné de la caisse et des cellules sous-pyramidales. Pas de secousses du facial pendant ce curetage.

Résection de la paroi portéro-supérieure du conduit.

18 mai. — Premier pansement sous chloroforme. Pas de pus, poudre d'acide borique.

19 mai. — La malade a souffert. Deuxième pansement.

23 mai. — Pansements très mal supportés. On doit donner à la malade des cachets d'antipyrine et de phénacétine. La malade accuse d'abord des élancements pendant une heure, puis des douleurs très aiguës dans le domaine du maxillaire supérieur. Ces douleurs durent six à huit heures puis diminuent progressivement. La nuit, pas d'insomnie ; le matin avant le pansement véritable bien être.

24 mai. — La malade a moins souffert, on supprime l'antipyrine.

25 mai. — Plaie en bon état.

1^{er} juin. — Plus de douleurs.

16 juin. — Paralysie faciale très diminuée. La cavité a bien gardé sa forme, mais l'épidermisation n'a pas encore commencé.

20 juillet. — Plaie complètement épidermée. L'ouverture postérieure persiste sous forme d'une petite fistule.

6 octobre. — Guérison complète. En arrière, occlusion cicatricielle de l'orifice de l'évidement. La paralysie faciale persiste encore très légère au niveau de la commissure latérale droite.

C'est la première observation en date que nous ayons recueillie. Il aurait été très intéressant d'approfondir ces irradiations du côté du maxillaire supérieur ; malheureusement, à

cette époque nous ne pensions qu'à analyser la douleur et nous ne cherchions pas à approfondir sa cause.

obs. II. — Elise Dest..., 26 ans, marchande aux Halles.

Otorrhée du côté droit depuis l'enfance, soignée à Saint-Antoine il y a quatre ans pendant un an avec succès.

En mai 1904, douleurs vives dans l'oreille droite et douleurs très fortes à la pression de la mastoïde au niveau de l'antre. Réchauffement de l'ancienne otorrhée.

O. D. Tympan détruit. Pus dans la caisse. Pas de cholestéatome. Le stylet ne fait pas découvrir de point dénudé.

7 juin 1904. — Nausées et vomissements, céphalée frontale et occipitale. Diarrhée. Grande faiblesse. On sent sur le mur de la logette un point d'ostéite.

La douleur au niveau de l'antre est moins vive que les jours passés.

Pas de vertiges; pas de nystagmus; pas de Kernig, réflexes rotuliens normaux.

12 juin. — Evidement pétro-mastoïdien. Mastoïde très dure éburnée. Résection préalable de la paroi postéro-supérieure du conduit. Antre très petit, caisse remplie de fongosités. Rien au facial. Sinus non dénudé.

16 juin. — Premier pansement sous chloroforme. On remplit la cavité d'acide borique.

17 juin. — Douleurs très vives à la suite du pansement.

15 juillet. — Les pansements ont été très douloureux, mais sans beaucoup d'irradiations. A partir d'aujourd'hui ils sont bien plus supportables.

1^{er} août. — La malade va bien.

15 octobre. — La malade est guérie.

Nous n'avons pas de bien longues réflexions à faire sur ce cas; les pansements ont été très douloureux et il a fallu pendant les premiers jours donner des cachets à la malade régulièrement pour lui permettre de les supporter.

obs. III. — Mireille Hen..., 16 ans, domestique, entre à l'hôpital pour douleurs et écoulement purulent de l'oreille gauche. Cette oreille a déjà coulé quand la malade avait trois ans, pendant une durée de deux ans. De plus, tous les hivers la malade est sujette à des poussées aiguës d'otite sans écoulement.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois par douleurs très vives et l'écoulement est apparu trois jours après. Depuis, les douleurs et l'écoulement ont persisté.

Examen : Pavillon de l'oreille décollé. Flot de pus sortant par le conduit. Peau de la mastoïde rosée et oedématiée ; pression douloureuse sur toute l'étendue de l'apophyse.

Perforation du tympan à travers laquelle on aperçoit une muqueuse rouge et boursoufflée.

26 juillet 1904. — Evidement pétro-mastoidien.

1^{er} août. — Pansement à l'acide borique sous chloroforme.

10 août. — La malade souffre moyennement et présente quelques irradiations du côté de la gorge.

19 août. — La malade ne souffre plus et va relativement bien.

25 août. — La plaie tend à se combler.

10 septembre. — L'épidermisation commence.

10 octobre. — Guérison presque achevée.

Dans cette observation, la preuve que les douleurs étaient dues à la trompe d'Eustache nous manque et nous ne donnons ce cas que comme document à ajouter aux précédents.

obs. IV. — Antoinette Bu.,, 31 ans, ménagère.

21 juin 1904. — Ecoulement abondant, jaunâtre et fétide de l'oreille droite, depuis deux ans et demi, survenu insidieusement. Quelques douleurs intermittentes. Malgré un traitement soigné, l'oreille continue à couler.

Depuis le 16 juin 1904, douleurs péri-auriculaires et dans la région du vertex. Quelques vertiges.

Entre à l'hôpital pour la cure radicale.

Examen. — Températures 38° — 37°, 8.

O. D. : Conduit rempli par un polype fongueux qui l'obstrue complètement ; mastoïde normale, un peu douloureuse à la pression.

O. G. : tympan normal.

Fosses nasales normales.

Cavum : un peu de muco-pus.

L'oreille droite n'entend la montre qu'au contact, le Weber y est latéralisé et le Rinne négatif.

Aucun signe méningé. Nystagmus dans le sens horizontal. Les épreuves de Stein dénotent un labyrinthe intact.

24 juin. — Opération par M. Bellin. Recherche de l'antre diffi-

cile à cause de la situation antérieure du sinus, on le trouve très profond et petit. L'évidement est complété et on curette la caisse. Résection triangulaire du conduit.

29 juin. — Premier pansement sous chloroforme. On remplit la cavité d'acide borique.

30 juin. — A partir d'aujourd'hui, pansements quotidiens ; à la suite, douleurs très vives.

3 juillet. — Les pansements sont très douloureux. Au lieu de remplir la cavité, on se contente de la saupoudrer avec le pulvérisateur.

15 juillet. — Les douleurs persistent encore mais diminuent.

19 juillet. — Malgré des pansements soignés et quotidiens, il s'est formé un diaphragme derrière lequel se trouvent des fongosités que l'on curette.

28 juillet. — Les fongosités se reforment et l'on voit qu'il faudra réopérer cette malade.

15 octobre. — Bien que l'état local ne soit pas satisfaisant, on a remis l'opération parce que la malade ne se décidait pas à rentrer à l'hôpital.

25 octobre. — La malade rentre à l'hôpital. Elle se plaint d'élançements, de battements dans l'oreille droite.

Pas de vomissements. Pas de fièvre.

Examen. — Extérieurement, rien. Douleur à la pointe. Sténose infundibuliforme du conduit terminé par un orifice d'un millimètre de diamètre environ, qui mène dans une cavité vaste où l'on sent l'os dénudé.

26 octobre. — Ponction lombaire qui donne un liquide s'écoulant en jet sous forte pression limpide. Après centrifugation, petit culot. L'examen pratiqué par M. Ribadeau Dumas donne : 40-50 éléments par champ de microscope ; le pourcentage donne 75 lymphocytes et 23 polynucléaires. Albumine : trace. Sucre : 0.

Aucun phénomène méningé.

27 octobre. — Deuxième opération par M. Bellin. On curette et on rétablit la première cavité. Mise à nu de la dure-mère, elle est un peu congestionnée et ne bat pas. Incision cruciale, ni pus ni liquide. Résection plus grande du conduit. Pansement à la gaze iodoformée.

31 octobre. — Premier pansement. Plaie en bon état. En raison de la mise à nu de la dure-mère, pas d'acide borique, mais tamponnement.

2 novembre. — Le nystagmus persiste ; pas d'autres troubles.

Localement va bien, pas de hernie cérébrale, pas de fistule apparente. On met de l'acide borique.

8 novembre. — Souffre assez pendant l'après-midi.

16 novembre. — Va assez bien comme plaie, ne souffre presque plus.

22 novembre. — Va bien mais la fente attico-antrale est étroite et tend à se combler

26 novembre. — Ponction lombaire. Prise 10 centimètres cubes environ. Le liquide est clair et sourd sans hypertension. Après coloration du dépôt, on trouve quelques éléments cellulaires du type lymphocyte : trois par champ de microscope. Sucre : 0, albumine : 0.

1^{er} décembre. — La cavité s'est comblée malgré des pansements soignés et répétés tous les jours.

On peut considérer ce cas comme un insuccès pour les pansements à l'acide borique. Opérée deux fois et pansée deux fois avec soin, la première par M. Bellin, la deuxième par nous, la cavité s'est comblée les deux fois.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas pour la question qui nous occupe, c'est que cette malade qui avait beaucoup souffert lors des pansements qui avaient suivi la première opération a beaucoup moins souffert la deuxième fois, parce que nous lui avions fait croire que nous avions remplacé l'acide borique par une autre poudre : le bicarbonate de soude. L'effet moral ne s'était pas fait attendre et la malade était la première à nous déclarer que les douleurs qu'elle éprouvait avec le bicarbonate de soude n'étaient en rien comparables à celles provoquées par l'acide borique. Comme quoi l'élément psychique joue un grand rôle en thérapeutique.

obs. v. — Emile Den..., 42 ans, facteur, entre à l'hôpital le 13 novembre 1904, parce qu'il souffre de sa mastoïde gauche. Il a, depuis l'âge de 7 ans, eu à plusieurs reprises des poussées d'otite avec écoulement de ce côté. Il y a quatre mois, douleur au niveau de l'oreille avec irradiations dans la région temporale. Vertiges. Pas d'écoulement. Quinze jours après, douleurs mastoïdiennes et irradiations cervicales ; il y a quatre ou cinq jours, gonflement de la mastoïde.

Etat actuel : région mastoïdienne volumineuse rouge, chaude et tendue. Sillon rétro-auriculaire effacé. Point très douloureux à un travers de doigt au-dessus et en arrière de la mastoïde.

O. G. : conduit auditif rouge, douloureux. Chute de la paroi. Tympan rosé. Petite perforation en arrière et en bas.

Audition : La montre n'est pas entendue à gauche ; le Weber y est latéralisé et le Rinne négatif.

14 septembre. — Evidement pétro-mastoldien.

20 septembre. — Premier pansement sous chloroforme. Acide borique.

25 septembre. — Plaie en bon état, mais le malade souffre après le pansement.

5 octobre. — Pour calmer les douleurs du pansement, on fait depuis quelques jours précéder ce dernier d'un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 1/10. Le malade souffre à peine ; il dort bien.

10 octobre. — On cesse les badigeonnages, à cause d'un bourgeonnement de la plaie.

28 octobre. — La plaie va bien, mais le conduit est sténosé.

Le malade sort dans le courant du mois de novembre presque complètement guéri.

Cette observation a ceci d'intéressant, qu'on a essayé d'un nouveau moyen pour calmer les douleurs. On était très satisfait des résultats obtenus au point de vue douleur, mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que ces attouchements intempestifs provoquaient un bourgeonnement exubérant qui ne pouvait que nuire à la bonne marche de la cicatrisation.

OBS. VI. — Louise Peuh..., 24 ans, ménagère.

Le 20 août 1904. — La malade a eu une légère angine ; huit jours après, paralysie faciale droite et trois à quatre jours après douleurs dans l'oreille du même côté avec céphalée.

Le 3 septembre 1904. — la malade entre à l'hôpital avec une paralysie faciale droite complète.

Examen. — O. D. Bouchon de cérumen très dur. Après son ablation, tympan rouge dans sa totalité pas bombé, non perforé. La mastoïde ne présente rien du côté de la peau. Vive douleur à la pression d'un point nettement localisé à la région de l'antre. Pointe et bords postérieurs peu douloureux.

5 septembre 1904. — Conduit auditif normal rouge dans la profondeur ; congestion de la membrane de Schrapnell empiétant sur le tympan.

Queue de cornet à droite.

Paralysie faciale complète.

Audition. — Rien de particulier.

9 septembre. — Antrotomie. On ne trouve pas de lésions dans l'antre ; on curette et on met un drain.

15 septembre. — Un point de suture a suppuré. En explorant la cavité avec un stylet on voit qu'elle ne bourgeonne pas du tout. Badigeonnage à la teinture d'iode.

25 septembre. — Le bourgeonnement de la cavité ne se fait toujours pas. La malade souffre horriblement, surtout la nuit. La paralysie n'a pas du tout rétrogradé ; on fait des injections de biiodure de Hg.

10 octobre. -- Le Hg après avoir semblé amener un peu de calme n'a pas donné les résultats attendus.

La malade est envoyée à la Salpêtrière pour que son facial soit examiné au point de vue électrique. On ne trouve pas de réaction de dégénérescence.

12 octobre. — Etant donné les douleurs et la persistance de la paralysie sans réaction de dégénérescence il paraît indiqué d'explorer l'antre et l'aditus.

14 octobre. — Evidement. Pas de grosses lésions dans l'aditus et l'attique. Curettage du plancher de la caisse rempli de fongosités. Il est vraisemblable que la paralysie faciale a dû être produite au niveau d'une cellule sous-pyramidale. Résection cunéiforme de la paroi postérieure du conduit.

Une ponction lombaire a donné un liquide céphalo-rachidien intact.

18 octobre. — La paralysie faciale semble améliorée.

20 octobre. Premier pansement sous chloroforme. Plaie en parfait état. Acide borique.

21 octobre. — Pas de douleur, on renouvelle le pansement.

22 octobre. — Quelques petites douleurs.

24 octobre. — Depuis deux jours la malade souffre horriblement ; elle pleure pendant une bonne partie de la journée et par moments la douleur lui arrache des cris ; les cachets sont impuissants à la calmer ; la malade souffre même pendant la nuit. Elle se plaint surtout d'irradiations vers le cou et la gorge.

25 octobre. — On est obligé de faire une piqûre de morphine.

26 octobre. — On met une goutte d'huile gâcolée à 1/50 sur l'ouverture de la trompe d'Eustache avant le pansement.

27 octobre. — La malade n'a pas souffert. A partir de ce jour, toutes les fois qu'on emploie le même moyen la malade ne souffre pas ; les douleurs reviennent au contraire très vives toutes les fois qu'on omet d'instiller une goutte d'huile sur l'embouchure de la trompe. Tout cela, bien entendu, se passait à l'insu de la malade.

5 novembre 1904. — La plaie va bien. On fait le pansement sans le faire précéder de n'importe quelle manœuvre.

6 novembre. — La malade ne souffre presque plus. On supprime l'huile gâcolée.

20 novembre. — La malade sort de l'hôpital en bon état.

C'est évidemment pour nous l'observation la plus intéressante. Voilà une malade qui souffrait horriblement et que rien ne pouvait calmer, puisqu'il a fallu recourir à des injections de morphine, et il a suffi de mettre sur l'ouverture de sa trompe d'Eustache, qu'on apercevait très bien dans le fond de la caisse, une goutte, une seule goutte d'huile gâcolée pour voir disparaître comme par enchantement ces douleurs qui mettaient la malade dans un état lamentable. De coïncidence il ne pouvait pas être question ici, puisque chaque fois qu'on mettait l'huile la malade ne se plaignait pas, tandis qu'elle souffrait chaque fois qu'on la supprimait.

Enfin, il est à remarquer que chez cette malade où la trompe d'Eustache a joué un si grand rôle dans l'étiologie des douleurs, le premier et même le deuxième pansement n'ont pas été douloureux. N'est-il pas logique d'admettre que lors de ces pansements la trompe était obstruée par un caillot sanguin qui remplissait le rôle d'obturateur, rôle que nous avons cherché plus tard à faire remplir par notre goutte d'huile gâcolée.

Les deux observations que nous donnons maintenant sont les observations de deux malades : un homme et une femme, qui n'ont pas du tout souffert pendant toute la durée des pansements. Pourquoi ce défaut de douleurs ? Nous ne saurions le dire et rien dans l'examen de ces malades ou de leur plaie ne nous a permis de trouver la cause de cet heureux privilège.

obs. VII. — Henriette Chas..., 27 ans, modiste, opérée de mastoïdite du côté gauche il y a cinq ans. Persistance d'une fistule mastoïdienne qui met dix mois à se tarir. Réapparition d'un écoulement il y a quinze jours avec quelques douleurs mastoïdiennes à la pression.

Entre à l'hôpital le 6 octobre 1904.

Examen. — Abscès mastoïdien au niveau de la cicatrice de l'ancienne trépanation. On incise cet abcès et on découvre une fistule.

Audition du côté gauche. — Montre au contact. Weber latéralisé à gauche. Rinne négatif. Epreuves de Stein négatives.

27 octobre. — Opération radicale. Cholestéatome qui a fait un évidement spontané. On curette et on égalise les parois. Autoplastie de Delsaux.

2 novembre. — Premier pansement, odeur très fétide ; plaie en bon état.

3 novembre. — La malade pansée à l'acide borique n'a pas du tout souffert. L'odeur fétide a disparu.

9 novembre. — On continue tous les pansements à l'acide borique et la malade ne souffre toujours pas.

20 novembre. — Plaie en bon état.

25 novembre. — La malade sort ; sa plaie va bien.

obs. VIII. Nicolas Schamb..., 41 ans, estompeur. Depuis l'âge de 6 ans, écoulement de l'oreille gauche. A cette époque, trépanation, malgré l'opération l'oreille n'a pas cessé de couler ; douleurs intermittentes.

Il y a huit à dix jours diminution de l'écoulement et apparition de douleurs ; formation d'un abcès rétro-auriculaire qui s'ouvre spontanément et donne lieu à une fistule.

Examen le 12 octobre 1904. — Pus très fétide et très épais. Conduit obstrué par des fongosités. Fistule mastoïdienne.

Audition. — La montre n'est pas entendue même au contact du pavillon. Weber = Rinne +. Pas de phénomène labyrinthique.

21 octobre 1904. — Opération radicale. Cholestéatome ayant à peu près fait l'évidement ; on le complète. Résection de la paroi postéro-supérieure du conduit.

25 octobre 1904. — Premier pansement sous choroforme.

26 octobre — 2 novembre. — Pansements quotidiens à l'acide borique. — Pas de douleurs.

3 novembre. — Un peu d'infection de la plaie. Pas d'acide borique. Badigeonnage à la teinture d'iode.

8 novembre. — Séquestre au niveau de la paroi interne de l'aditus.

15 novembre. — On remplace l'acide borique par l'abion.

30 novembre. — On cesse l'emploi de l'abion dont on n'est qu'à demi satisfait pour reprendre l'acide borique. Le malade ne souffre toujours pas et sa plaie va bien.

Avant de citer ces deux observations, nous disions que nous ne savions pas pourquoi les deux malades qui en sont l'objet n'avaient pas souffert. On ne peut cependant pas s'empêcher, en rapprochant ces deux histoires, de voir les curieuses analogies qu'elles présentent. D'abord ces malades ont été trépanés plusieurs années avant de subir l'évidement et ensuite tous les deux étaient porteurs de cholestéatome qui avait produit un évidement spontané ou presque. Peut-être est-ce de ce côté qu'il faudrait chercher pour trouver la cause de ce manque de douleurs.

Comme conclusions à cette étude, nous dirons donc :

1^o Les pansements à l'acide borique sont en général douloureux.

2^o Cette douleur est variable avec les sujets.

3^o Il faut faire une part dans la pathogénie de cette douleur à la trompe d'Eustache.

ASTHME ET VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Par Crouzillac (Toulouse).

« N'est pas asthmatique qui veut », a dit Ruault dans son étude sur les névropathies réflexes d'origine nasale (*Traité de Médecine Charcot*, t. III, p. 43). En effet, l'asthme est en général l'apanage à peu près exclusif des neuro-arthritiques des névropathes héréditaires. C'est tantôt la forme bronchite ou asthme essentiel, tantôt la forme nasale, l'hay fever ou asthme des foins qui atteint les uns ou les autres sans qu'on puisse seulement déterminer les causes efficientes.

Nous ne nous occuperons pas de la seconde forme, seule la première retiendra notre attention.

Les auteurs qui se sont occupés de cette affection sont loin d'être d'accord sur les motifs qui peuvent provoquer les crises. Ils incriminent indistinctement le pollen de certaines graminées, la susceptibilité de la muqueuse nasale, enfin l'existence de certaines lésions anatomiques. Reconnaisant l'exactitude de leurs assertions dont nous nous sommes d'ailleurs occupé dans de nos précédents travaux ⁽¹⁾, nous ne nous attarderons pas à discuter les théories de François Franck, nous retiendrons toutefois les assertions de Rioz Ruiz, de Ruault, de Marfan, de Quesse, de Breton, signalant la corrélation fréquente qui peut exister entre la présence de végétations adénoïdes et certaines affections générales. Nous ne pouvons ignorer quelle pourrait être la gravité d'affections qui viendraient se greffer sur l'état particulier créé par la gêne respiratoire.

(1) Des dégénérescences du cornet inférieur. *Th.* Toulouse, 1897, sur un cas d'aphonie réflexe, *Annales des Maladies de l'oreille*, 1897.

En effet, nous devons reconnaître que les végétations adénoïdes peuvent être le point de départ de névroses-réflexes.

Ruault, cité par Cuvillier (*Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher, p. 452, 3, t. II), a bien mis ces faits en lumière et établi la corrélation des poussées inflammatoires de la muqueuse nasale avec la production d'accidents nerveux respiratoires. Dans les névroses réflexes se rangent les crises, si fréquentes chez les adénoïdiens, de laryngite striduleuse (Moure, Coupard), de spasmes glottiques (Ruault), des accès de dyspnée survenant pendant la nuit et pouvant faire croire à des accès d'asthme. Ruault d'ailleurs a vu un cas d'asthme bronchique véritable coïncider avec des végétations adénoïdes volumineuses et cesser, momentanément du moins, après leur ablation.

Marfan, Baginsky et Virchow contestent l'origine nasale ou naso-pharyngienne de l'emphysème, et ces auteurs de faire remarquer que les enfants atteints de sténose nasale et obligés de respirer par la bouche sont souvent des asthmatiques. C'est dans ces cas, exceptionnels d'ailleurs, qu'on rencontre de l'emphysème, celui-ci, pour eux, dépend de l'asthme.

Lermoyez, dans l'article 6, Laryngite striduleuse (p. 45, t. II, *Traité des maladies de l'enfance*), s'élève contre cette façon de voir.

Parlant des végétations adénoïdes et de leur situation dans le naso-pharynx, il dit : « de cette situation anatomique, en effet, résultent les symptômes fonctionnels qu'elles provoquent, et leur tableau clinique synthétise nettement tous les troubles qui caractérisent la pathologie du pharynx nasal en se réalisant par trois mécanisme. 1° Comme cause d'obstruction, supprimant la respiration nasale, la ventilation tubo-tympanique, la résonnance vocale. 2° Comme foyer d'inflammation qui rayonne vers le nez, vers le larynx et les bronches, vers les oreilles. Comme source de réflexes protéiformes éloignés parfois au point d'égarer le diagnostic plus qu'ils ne l'aident.

Quesse (*Aerztliche Pratische*, juillet 1896) a observé une corrélation fréquente entre la présence de végétations adénoïdes et l'épilepsie, Breton (de Dijon) (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1900), rapporte l'observation d'un enfant atteint de végétations adénoïdes énormes, de rhinite double et de

vomissements incoercibles presque quotidiens chez qui les troubles gastro-intestinaux disparurent dès que le pharynx fut raclé et le nez traité convenablement.

De pareilles constatations sont loin de nous surprendre ; déjà, en 1873, Alphonse Robert, dans un mémoire, *Sur le gonflement chronique des amygdales chez les enfants* (in *Bull. général de thérapeutique*), considérant les troubles occasionnés par la gêne respiratoire, s'exprime ainsi.

« Chez tous, l'état constant de la gêne de la respiration et de la nutrition empêche le développement des forces, et produit un état de pâleur, de maigreur et de faiblesse qui dénote le peu d'activité de l'hématose et l'atteinte portée aux sources même de la vie. *Malheur à ces enfants*, si, à l'état habituel de dyspnée vient se joindre une maladie accidentelle des organes respiratoires capables d'en augmenter l'intensité. »

Nous avons observé dans notre clientèle un cas d'asthme réflexe, dû à la présence de végétations adénoïdes, dont nous avons obtenu la guérison par le curettage du pharynx. Il nous a paru intéressant d'en rapporter la relation.

OBSERVATION. — Georges B..., 15 ans, a le facies pâle, les yeux sans expression, il est maigre, et d'un développement inférieur à celui des enfants de son âge.

Antécédents héréditaires. — Père arthritique, mère très nerveuse, sœur neurasthénique.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 6 ans quelques légères atteintes de bronchite sans gravité. Dès l'âge de six ans, sans cause appréciable, sensation de sécheresse à la gorge, hémage, de durée variable, environ une demi heure. Dyspnée consécutive et crises. A l'auscultation, on perçoit à ce moment tous les phénomènes de congestion avec transsudation et râles muqueux qui laissent croire à de la bronchite. La dyspnée augmente, créant un véritable tirage, jusqu'à ce que survienne l'accès franc d'asthme, qui arrive toujours, entre dix heures du soir et quatre heures du matin. L'enfant s'éveille soudain, cherchant en vain à respirer, l'air ne veut pas pénétrer, sa figure devient turgescente, violacée, les sueurs l'inondent pendant qu'il se débat, que l'oppression augmente, et que les râles sibilants et ronflants apparaissent. Peu à peu la crise s'atténue, elle a duré environ deux heures. L'expectoration est à peu près nulle après la crise. Tou-

tefois la dyspnée ne disparaît pas complètement. Les accès sont quasi journaliers jusqu'à dix ans (quatre ou cinq par semaine). Envoyé à la campagne, les crises disparaissent immédiatement, et cet enfant dont le développement avait été enrayé par la maladie, demeure dans l'état d'infériorité créé par son mal.

Chaque fois qu'il revient à la ville, il est pris des symptômes précurseurs (sécheresse de la gorge, hémme) en rentrant en gare, et, dès la nuit suivante, il a sa crise.

Lorsque nous le voyons pour la première fois, il était en ville depuis huit jours, et avait eu quatre crises.

Un examen minutieux des premières voies respiratoires nous fait découvrir des végétations de volume moyen dans le pharynx nasal. Nous nous demandons si elles ne seraient pas la cause de ces crises.

Nous proposons leur ablation, et la pratiquons deux jours plus tard (Bromure d'éthyle).

Depuis ce jour — 26 avril 1904 — l'enfant n'a plus eu de crise, malgré son séjour en ville. Il a grandi de 8 centimètres, augmenté de 7 kilogrammes, seule la cavité thoracique que ces crises fréquentes avaient déformée, n'a pas subi de notable amélioration.

RECUEIL DE FAITS

I

BRULURE DU TYMPAN PAR DE L'EAU BOUILLANTE

Par Émile GUÉRIN (Marseille).

Le fait clinique suivant nous a paru intéressant à relater à cause de sa rareté. Nous n'avons trouvé en effet dans la littérature otologique qu'une dizaine de cas de brûlures du tympan, et dans plusieurs de ces faits la lésion du tympan n'est qu'un épiphénomène négligeable au milieu des lésions produites sur toute l'oreille par un traumatisme considérable. Chez notre malade, il s'agit au contraire d'une brûlure bien localisée au tympan, produite accidentellement par de l'eau bouillante et non suivie de complications inflammatoires : toutes les lésions auriculaires observées furent ainsi dues exclusivement à la brûlure. Ces circonstances contribuent à donner à notre cas un intérêt particulier, en permettant d'apprécier combien la brûlure, en somme relativement légère, du tympan peut entraîner de troubles graves dans la structure et le fonctionnement de l'oreille.

OBSERVATION. — Félix R..., valet de chambre. Le 9 juin 1904, cet homme avait, pendant son travail, la tête placée sous le robinet d'une chaudière de cuisine ; à la suite d'une fausse manœuvre, ce robinet s'ouvrit brusquement et l'eau bouillante tomba sur le côté gauche de la tête, remplissant le conduit auditif. Immédiatement, le malade n'entendit plus de cette oreille.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, t. XXXII, n° 1, 1906.

La brûlure de la peau traitée par des applications de liniment oléo-calcaire guérit en très peu de jours. Mais quarante-huit heures après l'accident, le malade s'aperçoit d'un léger écoulement de l'oreille, qui devient plus abondant et s'accompagne de douleurs la nuit suivante. Lorsqu'il vient me consulter (le quatrième jour) l'examen de l'oreille montre le conduit auditif rempli de masses épidermiques desquamées, mêlées à un peu de sérosité citrine. Après nettoyage, les parois paraissent rouges, le derme est à nu. Le tympan est entièrement coloré en rouge vif, sauf le manche du marteau qui est blanc nacré; il n'y a pas de voussure de la membrane.

Pansement aseptique avec mèche de gaze placé dans le conduit.

Deux jours plus tard, plus de douleur, mais l'aspect otoscopique a changé; le tympan présente une perforation ronde, à bords très nets, de deux millimètres de diamètre, occupant le quart postéro-supérieur du quadrant; le bord antérieur de la perforation est formé par le manche du marteau qui a gardé son aspect nacré; de même, le reste de la membrane est uniformément rouge. A travers la perforation, le fond de caisse apparaît rouge, sans trace de pus. Le Valsalva passe largement, sans donner issue à du pus. Le pansement enlevé ne présentait pas d'ailleurs de tache purulente: la gaze était seulement imprégnée de sérosité jaune serin.

Au bout de quelques jours, la perforation s'est agrandie: toute la membrane a disparu, sauf un mince morceau d'environ un millimètre sur toute la circonférence du cadre. On aperçoit en haut la partie inférieure du manche du marteau en battant de cloche; l'osselet est presque complètement remonté dans l'attique. Cet aspect persiste encore un mois après l'accident; l'écoulement, qui est toujours resté jaune serin et limpide, est alors presque nul.

L'audition ne s'est pas modifiée durant tout le temps pendant lequel le malade a été observé: la montre est entendue à trente centimètres, la voix haute à deux mètres, Rinne —, Weber latéralisé à gauche.

Depuis l'accident, le malade s'est toujours plaint de bourdonnements assez forts, intermittents. Il n'y a jamais eu de vertiges.

Au commencement d'août, nous perdons de vue le malade, qui meurt en octobre d'un néoplasme de l'œsophage.

Destruction presque complète du tympan, abaissement con-

sidérable de l'ouïe, bourdonnements, telles sont donc les conséquences de la brûlure du tympan par l'eau bouillante.

Le pronostic de ce traumatisme doit être, par conséquent, toujours réservé, surtout au point de vue fonctionnel. Si, en effet, les complications infectieuses, qui sont cependant relatées dans presque toutes les observations, peuvent être facilement évitées, la valeur fonctionnelle de l'oreille est fortement compromise : la surdité et les bourdonnements sont toujours persistants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Réunion du 7 avril 1905.

LAMBERT LACK. — Palais ogival et chevauchement des dents. Démonstration des facteurs produisant la difformité. — Garçon d'une douzaine d'années, conduit à l'hôpital pour obstruction nasale. Depuis l'âge de 2 ans, il est atteint de paralysie faciale gauche, la voûte palatine est très ogivale et les dents du côté droit sont irrégulièrement placées : l'incisive médiane droite est déviée de telle façon que sa face postérieure regarde en bas ; l'incisive latérale est sur un plan postérieur à l'incisive médiane, c'est-à-dire est retenue dans sa position fœtale, la canine droite est représentée par la dent de la première dentition, la canine définitive n'a pas fait son apparition. L'arc maxillaire gauche est légèrement aplati par suite de la chute de la seconde prémolaire, mais les dents sont régulières ; la mâchoire inférieure présente les mêmes difformités que la mâchoire supérieure, mais à un moindre degré.

Un grand nombre d'observateurs s'accordent à dire que l'obstruction nasale et la respiration buccale qui en est la conséquence, sont la cause de cette difformité des mâchoires et des dents, mais les avis diffèrent, quant au mécanisme ; l'auteur a toujours accepté la théorie qui attribue la principale influence pathogénique à la tension des parties molles des joues. Ces tissus sont en effet mis en tension quand la bouche est tenue ouverte et cette tension cause un aplatissement latéral des maxillaires, surtout du supérieur. La difformité la plus commune, c'est-à-dire le rapprochement latéral des bords alvéolaires avec voûte palatine ogivale et bords alvéolaires en forme de V, est justement la difformité qu'on pourrait attendre d'une compression latérale des joues et l'observation actuelle confirme bien cette opinion. En effet, du côté paralysé, la joue était flasque et la difformité des mâchoires petite. De l'autre côté, les tissus ont leur tonicité normale et la

difformité est bien marquée. Evidemment, un fait unique ne peut pas imposer une conviction, mais la coïncidence, si coïncidence il y a, est vraiment frappante.

BALL trouve le cas extrêmement intéressant; la théorie exposée par le Dr Lack est exacte mais insuffisante à tout expliquer; en effet, il y a beaucoup d'adénoïdiens avec bouche ouverte qui ne présentent pas le palais en ogive, il doit donc y avoir un autre élément pathogénique, peut-être un certain ramollissement des os. Il est intéressant de noter que le palais ogival est souvent associé à un certain type de crâne et de face qui est lui-même presque toujours associé à des adénoïdes, en sorte qu'il n'est pas douteux que l'hérédité joue un grand rôle dans la production de la difformité.

WESTMACOTT trouve que l'observation semble en effet montrer qu'une légère pression comme celle des muscles de la joue peut amener une difformité des dents et des maxillaires, mais il est frappé dans ce cas comme dans tous ceux de voûte palatine ogivale par ce fait qu'il n'y a pas en réalité d'accroissement de la hauteur de la voûte; avec M. Champion, dentiste de Manchester, il a examiné un grand nombre de crânes d'enfants et ils ont vu que l'accroissement en hauteur est très minime, et, d'autre part, il a vu, en mesurant la cavité nasale, que le plancher de la fosse nasale n'est pas plus haut qu'il le serait dans un cas normal, qu'à la forme arquée du palais ne correspond pas une convexité sur le plancher du nez, que ce plancher est au contraire parfaitement plat. Il y a sept ans, il avait fait une communication pour montrer qu'il devait y avoir un arrêt de développement de la cloison nasale, mais ses dernières expériences le conduisent à adopter la théorie de l'aplatissement latéral des maxillaires par pression des muscles buccinateurs.

PEYLER. — Céphalée persistante accompagnée de la formation de croûtes et de muco-pus chez un homme dont les sinus maxillaires, sphénoïdaux et frontaux ont été explorés en vain. — Le jour de son admission, le malade présentait sur les parois du naso et de l'oro-pharynx des croûtes de muco-pus épais qui semblaient venir principalement du sinus sphénoïdal gauche et un peu du droit. Les parois des deux fosses nasales étaient enduites d'une sécrétion analogue; les cornets moyens étaient spongieux, rouges; il n'y avait ni atrophie de la pituitaire ni ozène. Le malade se plaignait d'une céphalée persistante, causant l'insomnie et localisée principalement à la racine du nez. Les deux cornets

moyens furent enlevés sous chloroforme et les deux surfaces de section ne se cicatrisèrent pas d'une façon satisfaisante. Les deux sinus sphénoïdaux furent ensuite explorés, leurs orifices étant facilement atteints, le Dr Tilley voulut bien recommencer cette exploration qui fut encore négative ; le sinus maxillaire droit fut exploré en même temps, et le lavage ne ramena que deux ou trois flocons de pus concret ; le sinus maxillaire gauche fut lavé par une ouverture alvéolaire, il ne contenait rien ; les sinus frontaux furent facilement cathétérisés par la voie nasale, la céphalée persiste.

WAGGETT pense qu'il faut maintenant avoir un accès sur les cellules ethmoïdales postérieures, que la bulle ethmoïdale du côté gauche suppure ; à droite, la partie postérieure du cornet moyen n'a pas été enlevée, et il y a du pus qui vient de son voisinage.

S. F. SEMON dit qu'il serait malheureux qu'une discussion sur un cas aussi intéressant soit écourtée et parce qu'il a la conviction qu'il y a encore beaucoup d'inconnu dans la suppuration nasale. Il y a des cas dans lesquels sans aucune lésion appréciable des cavités accessoires, il y a une tendance générale à la formation de croûtes. Il a actuellement deux cas semblables en traitement. Depuis des années, sans les symptômes habituels des sinusites, il y a des croûtes dans le naso-pharynx. Il n'a pas pu trouver la cause, mais au point de vue thérapeutique, et il est très sceptique quant à la thérapeutique de ces cas-là, il a obtenu de très bons résultats par des applications de vaseline liquide au moyen d'« atomizer » mais il ne peut pas parler de guérison, bien entendu.

TILLEY a examiné le malade avec le docteur Peyler, il ne croit pas que les cellules ethmoïdales pas plus que les autres sinus soient en cause. Il estime qu'aucun curettage des cellules ethmoïdales, qu'aucune opération dite radicale ne donnerait un bon résultat et il conseille une thérapeutique ayant pour but de modifier la pituitaire en général plutôt que les cavités accessoires.

SAINT-CLAIR THOMSON pense que le pus vient de l'ethmoïde postérieur ; dans un cas semblable, il ouvrit de son mieux les cellules ethmoïdales postérieures ; la malade a été très améliorée de sa céphalée mais a encore des croûtes.

DUNDAS GRANT vante les bons effets d'un appareil inventé par le Dr Sunderman et qui sert à faire une aspiration dans le nez ; cette aspiration a grandement soulagé un de ses malades en

mettant en liberté une petite quantité de mucus dans un cas de catarrhe très léger du sinus frontal ; chez le malade actuel peut-être que cette aspiration permettrait de reconnaître l'origine du pus.

CHARTERS J. SYMONDS. — **Angiôme du larynx.** — Homme âgé de 30 ans, vu la première fois, en novembre 1904, pour des rhumes récidivants, avec enrouement. Pour la première fois, il a la sensation de corps étranger dans le côté droit du larynx. A l'inspection, on trouve un gonflement pourpre, vasculaire, lobulé, sur la corde vocale droite ; il cache, mais il ne semble pas intéresser la corde ; la bande ventriculaire est perdue dans la tuméfaction, l'extrémité antérieure de la corde vocale est juste visible dans l'intonation, les mouvements sont conservés.

On pense qu'il s'agit d'une tumeur existant déjà depuis un certain temps qui n'est pas syphilitique, quoique le malade soit syphilitique, qui ne donne lieu à aucun trouble au temps normal, mais qui donne de l'enrouement sous l'effet du gonflement produit par le moindre catarrhe.

La voix redevint normale, mais le gonflement resta le même, le diagnostic de S. est celui d'un angiome existant depuis des années, peut-être depuis la naissance. L'enrouement est dû à l'affection catarrhale, actuellement (mars 1905), la totalité de la corde vocale est visible, les mouvements sont normaux ; la tumeur est divisée en deux parties par un sillon profond, le segment inférieur a l'aspect d'une masse lobulée projetée au-dessus de la corde et de couleur pourpre ; le segment supérieur est plus petit, il est très nettement formé de vaisseaux et parfois est bleu comme s'il était formé de veines élargies.

S. F. SEMON a vu le malade trois fois, il est absolument certain, lui aussi, qu'il s'agit d'un angiome, la tumeur varie tellement en volume et en aspect, qu'elle ne peut être qu'une tumeur vasculaire. C'est un cas extrêmement rare ; en l'absence de tout trouble physiologique, il conseille l'abstention thérapeutique.

SAINT-CLAIR THOMSON possède le dessin en couleur d'un cas d'angiome, qui a été soigné pendant longtemps à Golden-Square ; on avait essayé de le traiter avec le galvano-cautère, mais le résultat fut mauvais, le malade ne souffrait d'aucun trouble, ni d'aucune hémorrhagie, sauf quand il était traité. Quoique le cas actuel soit moins typique, cependant l'infiltration bleue située sous la bande ventriculaire est caractéristique.

HERBERT TILLEY. — Paralyse unilatérale de l'abducteur droit associée à une paralysie de la moitié droite du voile du palais et du pharynx, du sterno-mastoidien droit, des fibres supérieures du trapèze droit, ptosis et myosis de l'œil droit. — Ces symptômes ont débuté il y a deux mois à la suite d'une attaque de « spasme respiratoire » avec perte de conscience, chose que le médecin a appelé petite attaque d'épilepsie. L'exploration de l'œsophage n'a rien montré. Dans la région sous-maxillaire droite existe une tumeur dure bien limitée, mobile et de la grosseur d'un œuf de pigeon. Derrière la branche montante du côté droit, entre elle et le bord antérieur du sterno-mastoidien, s'étendant en haut vers la base du crâne, est perçu un épaississement distinct mais mal limité et on peut se demander s'il n'y a pas là une cause de compression des troncs nerveux à leur sortie de la base du crâne.

WAGGETT. — Double sinusite frontale, guérie par l'opération radicale.

CHARTERS F. SYMONDS montre une malade à laquelle il a fait une extirpation complète du larynx il y a sept ans. — La malade a aujourd'hui 64 ans ; quand la malade se présenta, elle avait déjà une canule depuis deux ans et demi, l'obstruction laryngée était complète, la cavité du larynx était remplie par une tumeur molle et pâle, le larynx était augmenté de volume, il n'y avait pas d'adénopathie. Le larynx fut enlevé en janvier 1898, la trachée fut fixée à la peau juste au-dessus du sternum et le pharynx suturé ; des ganglions furent trouvés sous les deux lobes de la glande thyroïde, la glande thyroïde fut enlevée en totalité avec les lymphatiques, la guérison fut lente à cause de la fermeture incomplète du pharynx, la tumeur était un carcinome type ; du myxœdème postopératoire survint et fut amendé par l'extrait thyroïdien ; la médication doit encore maintenant être continuée.

L'absence de récédive est attribuée à la large résection de la glande thyroïde et des lymphatiques.

La malade peut très bien se faire comprendre, et elle a pu conserver la direction d'un hôtel.

**XIV^e RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE
D'OTOLOGIE, tenue à Hombourg le 9 et 10 juin 1905. (1)**

La première question à l'ordre du jour était : La surdité à l'école.

HARTMANN, *rapporteur*. — Les enfants qui entendent mal sont souvent considérés par les professeurs comme peu intelligents. Négligés par les professeurs, ces enfants ne peuvent développer leur intelligence que quand ils sont reconnus comme sourds et soignés en conséquence. Un quart des écoliers entend mal ou est sourd. 4-5 % entendent la voix chuchotée à moins de deux mètres et ne peuvent pas profiter en conséquence dans les écoles publiques. Dans la moitié des cas la cause de l'otopathie réside dans les inflammations du nez et de la trompe.

Chez 1 % des enfants examinés il existe une otorrhée ou perforation du tympan.

Il faudra examiner tous les enfants et envoyer les sourds vers le spécialiste. À ce conseil le rapporteur ajoute encore plusieurs autres concernant la façon dont le professeur doit se comporter vis-à-vis d'un enfant atteint de surdité. Classes spéciales pour les enfants entendant la voix chuchotée à moins de 50 centimètres.

PASSOW, *corapporteur*. — A été chargé par le gouvernement d'une inspection de l'instruction qu'on donne aux sourds-muets. Il trouve que malgré des progrès très réels une revision de cette instruction est nécessaire. Les élèves incomplètement sourds devraient être séparés de ceux qui sont complètement sourds. Cette distinction nécessaire est difficile à établir en pratique.

DENKER. Quels sont les éléments de l'oreille indispensables pour apprendre le langage humain ?

Pour résoudre cette question D. a examiné l'appareil auditif de l'animal qui entend le mieux le langage humain, parce qu'il le reproduit le mieux : le perroquet. Il trouve qu'il n'existe en somme aucun organe complètement analogue à notre appareil conducteur et percepteur chez le perroquet. Ainsi au lieu de la chaîne des osselets, on trouve un petit cylindre osseux « la columella ». Aucun muscle intratympanal n'existe. La papille basilaire est chez

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Berliner Klinische Wochenschrift*, 26 juin 1905, p. 824.

l'homme de 33,5 mm., chez le perroquet de 2,3 mm. Tout l'appareil de Corti manque chez le perroquet, etc.

DENNERT. — Etudes anatomo-physiologiques concernant l'appareil acoustique.

KRETSCHMANN. — Par des expériences faites sur des diapasons arrive à conclure que le liquide labyrinthique est mis en oscillation par les vibrations acoustiques.

SCHONEMANN. — Rapport entre la forme du tympanal et la configuration de la caisse.

ALBRÉCHT. — Le pronostic des otites moyennes aiguës. Aucune conclusion ferme à tirer. Les otites paracentésées évoluent moins bien que les otites résolues naturellement.

POLITZER. — Présentation de coupes et de préparations provenant de labyrinthites terminées par méningite suppurée.

MANASSE. — Démonstration de pièces anatomiques provenant de malades atteints de surdité labyrinthique progressive. — Sur 29 cas examinés M. a trouvé : 5 cas avec akylose classique de l'étrier. Les autres 24 cas présentent des altérations du labyrinthe ou de l'acoustique. Ces altérations consistent surtout en atrophie de l'organe de Corti ou des ramifications secondaires de l'acoustique ou du ganglion cochléaire.

BRÜHL. — Préparations microscopiques du labyrinthe provenant d'un tabétique atteint de surdité nerveuse.

HEINE. — Traitement de l'otite moyenne aiguë d'après Bier.

HENRICI. — Tuberculose de la mastoïde chez l'enfant. — L'infection est d'origine hémotogène. Affection assez fréquente et peu connue.

ALEXANDER. — Démonstration de préparations provenant 1) de malades atteints d'artérioclérose généralisée et présentant les symptômes de surdité labyrinthique. 2) de malades atteints de surdité congénitale. Même démonstration par Lindt-Beme.

HOFFMANN (Dresde). — Panotite compliquée de pyémie. Mort. Démonstration.

PANSE. — Examen clinique du sens statique. — P. demande d'indiquer dorénavant la direction dans laquelle le malade se sent tourner. Si les yeux suivent le mouvement de rotation on trouvera qu'ils se tournent *lentement* dans la direction de rotation et qu'ils regagnent avec un mouvement *brusque* la position de repos. L'expression nystagmus et vertige ne suffit pas.

ESCHWEILER (Bonn). — Démonstration des préparations histologiques provenant d'une sinusite frontale.

KREBS (Hildesheim) croit que souvent la carie de la paroi médiane de la caisse est de nature secondaire et due à une faute de technique pendant la trépanation ou pendant les pansements.

HAUG. — Traitement conservateur de la suppuration de l'attique. — 98 cas pris d'après la méthode de H. ont donné soixante-quatre résultats en dix à trente jours de traitement. La méthode consiste en lavage de l'attique avec des solutions de permanganate de potasse ou acide borique. On sèche ensuite. On injecte ensuite avec une petite canule de la solution suivante : Perhydrol 10 grammes, alcool et glycérine à 20 grammes. La solution reste 15 minutes dans l'oreille. A la suite on applique encore de la solution suivante. Iode 1 gramme, iodure potassium 1 gramme, glycérine pure 10 grammes. On n'essuie pas. On introduit une mèche de gaze. Ces pansements sont répétés au plus trois fois à intervalle de cinq à dix jours.

ALEXANDER (Francfort). — Deux complications oculaires de sinusite. — Obs. 1) Un homme de 41 ans prend la grippe. A la suite une sinusite maxillaire se réchauffe et une sinusite ethmoïdale droite se déclare. Au cours de l'infection on constate une papillite double. Guérison de la papillite après ouverture des sinus.

Obs. 2) Fillette de 13 ans atteinte de sinusite maxillaire gauche et ethmoïdite antérieure. Abscessus du corps vitré de l'œil droit. L'ouverture du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales amène une résorption de l'abcès de l'œil. Acuité visuelle augmente. L'auteur croit qu'il s'agit de métastase dans ce dernier cas.

Aucun cas analogue dans la littérature.

MANASSE. — Un homme a subi 15 ans avant sa mort un traumatisme sur la tête qui a provoqué une surdité complète. Sur la préparation présentée par M. on voit une fissure passant par le promontoire et l'étrier des deux côtés. La surdité a été causée par l'atrophie de l'organe de Corti, du ganglion et de l'acoustique.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 9 décembre 1904.

Président : FRAENKEL

Secrétaire : HEYMANN

HEYMANN présente a) une femme chez laquelle on voit des tractus fibreux reliant l'épiglotte à la paroi du pharynx. Des fibres analogues se trouvent dans les sinus glosso épiglottiques. Anomalie congénitale sans conséquences.

b) une femme chez laquelle malgré un traitement antisyphilitique énergique la maladie a occasionné une perte de substance énorme. On voit la partie antérieure du sinus sphénoïdal, une partie seulement du vomer et les apophyses alvéolaires.

E. MEYER. — Un malade a été présenté l'année dernière chez lequel Bergmann avait enlevé quatre jours auparavant, par voie naturelle, un fibrome de l'épiglotte. Au même endroit est venue une autre tumeur, un an après, qui occasionne de la dyspnée. Une extirpation par voie naturelle est impossible et Bergmann enlève la tumeur après résection temporaire du maxillaire inférieur. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une tumeur maligne (fibrosarcome.) S'agit-il d'une transformation en tumeur maligne, d'une tumeur bénigne, ou le diagnostic histologique de l'année dernière a-t-il été inexact ?

BOERGER montre une préparation anatomique constituée par le pharynx et le larynx d'un homme de 72 ans, mort accidentellement. Cet homme a pris la syphilis à l'âge de 20 ans. Dès le début de la maladie il s'est constamment soigné et n'a pourtant jamais pu échapper aux récidives constantes de la maladie. Quelque temps avant sa mort (il a été écrasé) il a dû être trachéotomisé. On voit sur la préparation de larges cicatrices fibreuses à la base de la langue, voile du palais, épiglotte, larynx tout est transformé en tissu fibreux cicatriciel. Par-ci, par-là des ulcérations et des tissus scléro gommeux.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Berl. klin. Wochenschrift*, n° 30, p. 39 et 42.

PEYSER. — **Cas rare d'intoxication cocaïnique.** — Une jeune fille de 18 ans a avalé par erreur 1 gramme de cocaïne (Merk). Une heure et demie après l'accident P. la trouve dans l'état habituel de l'intoxication cocaïnique avec les symptômes rares suivants : La bouche est ouverte au maximum et ne peut être fermée, la malade a de l'opisthotonus, les pupilles sont dilatées. Par inhalation de vapeurs de nitrite d'amyle et les autres moyens usuels la malade se rétablit au bout de 4 heures. Une dose si énorme a été rarement trouvée signalée parmi les intoxications à la cocaïne et sur 8 cas publiés 2 se sont terminés par la mort. Quant à l'antidote, le nitrite d'amyle a été recommandé par Feinberg et Blumenthal et a eu dans le cas de Peyser l'effet le plus prompt. Il a seulement fallu arriver à 8 grammes de ce médicament.

HERZFELD. — **Meningo-encéphalite séreuse d'origine nasale** (Analysé dans les *Annales*.)

Discussion.

Ed. MEYER raconte, comme pendant au cas de Herzfeld, l'observation personnelle suivante.

Garçon de 3 ans et demi est pris au milieu d'une affection exanthématique (*scarlatine* ?) d'une obstruction nasale, d'écoulement purulent du nez, côté gauche. Rapidement il se développe du chemosis, la protusion du bulbe gauche. On diagnostique une ethmoïdite suppurée gauche et pratique l'opération. On ne trouve pas de pus. A la suite de l'intervention se déclare une septicopyémie qui guérit sous l'action d'un serum antistreptococcique. Malgré une otite suppurée intercurrente l'enfant se rétablit et paraît en convalescence le 4 novembre, jour où il a été vu encore à 3 heures 3/4 par Meyer. Brusquement le malade est pris d'un épilepsie Jacksonienne du côté droit. Les convulsions durent jusqu'à minuit. On a songé un moment à une infection otogène consécutive à l'otite. Mais un examen exécuté par un spécialiste, permit de refuter cette hypothèse. L'état empirait les jours suivants. Le 7 novembre l'ancienne cicatrice commençait à suinter dans la région de l'angle interne de l'œil. Jansen se décide à rouvrir le sinus ethmoïdal, mais on ne peut pas trouver de communication entre sinus et cerveau. Mais on trouve une sinusite maxillaire. On ouvre largement le sinus maxillaire dans le nez. Le malade reste sommolent et en torpeur jusqu'au 12 novembre. Pas de vomissement, pas de papillite, pas de convulsions. Ce jour l'enfant crie une fois « mère »

et retombe dans le même état pour entrer quelque temps après en convalescence définitive. Ici un seul diagnostic, celui de méningite séreuse, consécutive à l'ethmoïdite suppurée est probable.

BRÜHL a observé le cas suivant. Une femme de 30 ans vient consulter pour de la céphalée frontale, œdème de la paupière supérieure droite, de la région frontale, écoulement purulent du nez. Pression sur la région frontale augmente l'écoulement. A l'opération on trouve une fistule de la paroi orbitaire, le sinus frontal rempli de granulations. La paroi postérieure du sinus est transformée en 2 séquestres, parmi lesquelles il s'écoule du pus provenant de la fosse cérébrale. Après ablation des séquestres la dure-mère paraît remplie de granulations et intimement liée à la masse cérébrale. On n'a jamais pu trouver de symptômes cliniques de méningite. La malade est guérie.

KUTTNER. Si l'enchaînement des événements est clair dans le cas de Meyer, le cas de Herzfeld est difficile à comprendre.

Comment admettre l'explosion brusque d'une méningite séreuse chez un malade opéré depuis longtemps d'une sinusite frontale qui ne secrète plus et qui est pansée tous les jours ?

HERZFELD explique son cas de la façon suivante.

La dure-mère enflammée a engendré la méningite séreuse. Tant que la quantité de l'exsudat restait dans des limites supportables, le malade pas trop sensible n'accusait aucun symptôme. La limite une fois dépassée, les symptômes ont éclaté en coup de foudre. Quant aux cas rapportés par Brühl et Meyer il est d'accord avec les observateurs.

Séance du 20 Janvier 1905.

Président : FRAENKEL

Secrétaire : HEYMANN

KUTTNER. — *Influence de la grossesse sur la tuberculose laryngée.* — Le point de départ pour les recherches de Kuttner a été un cas malheureux de la clientèle privée de Kuttner. Une jeune femme atteinte de laryngite tuberculeuse est devenue enceinte. Kuttner a demandé à un gynécologue de Berlin de pratiquer l'expulsion. Le gynécologue a refusé l'intervention alléguant que

la laryngite tuberculeuse n'est pas une indication pour l'avortement. La femme est morte pendant la grossesse. Depuis, Kuttner a eu occasion d'observer encore quinze femmes dans les mêmes conditions et toutes les quinze femmes sont mortes pendant la grossesse ou peu de temps après l'accouchement.

Tous les auteurs n'ont pas eu les mêmes résultats que Kuttner et aujourd'hui il présente un cas qui donne à réfléchir.

Une jeune femme de 26 ans se marie en mai 1903 et devient de suite enceinte. Fin août au quatrième mois de la grossesse, la voix devient rauque. La malade tousse, transpire la nuit. Elle accouche d'un enfant superbe le 15 février. En avril 1904, elle consulte pour la laryngopathie. On trouve une monochordite gauche, paroi postérieure du larynx infiltrée et ulcérée. Diagnostic : Tuberculose du larynx.

En juillet 1904, la malade devient de nouveau enceinte. Depuis octobre les troubles laryngés augmentent. A l'examen on trouve bien peu de lésions pulmonaires. Mais les cordes vocales, les bandes, sont infiltrées. Les aryténoïdes sont légèrement infiltrés. Malgré les expériences personnelles Kuttner se décide à laisser suivre à la grossesse son cours. La malade sera représentée.

Discussion.

HERZFELD demande si les femmes se portent mieux après l'avortement, si leur tuberculose s'arrête ? Souvent on a à faire à des primipares qui désirent avoir un enfant.

MEYER a observé un cas où malgré l'avortement à la clinique gynécologique la marche envahissante de la tuberculose laryngopulmonaire n'a pu être enrayée.

ALEXANDER a vu un cas analogue.

ROSENBERG a soigné une jeune fille atteinte d'une ulcération tuberculeuse d'un aryténoïde. Peu de lésions pulmonaires. La malade a cicatrisé son ulcération par un séjour à Suderode et à son retour, avec toutes les apparences d'une bonne santé, s'est mariée malgré le conseil de R. A peine mariée elle est devenue enceinte, Avec la grossesse a commencé une périchondrite aryténoïdienne tuberculeuse qui peu de temps après l'accouchement a amené la mort de la jeune femme.

Chez une autre malade, enceinte du cinquième mois, R constate une légère laryngopathie et presque pas de troubles pulmonaires. Au cours de la grossesse la laryngite s'est tellement développée, qu'aujourd'hui toute la paroi postérieure est infiltrée et ulcérée.

KUTTNER se garde bien de vouloir faire aujourd'hui de la laryngite tuberculeuse une indication pour l'exécution de l'avortement. Mais il croit que la discussion de cette indication est pleinement justifiée.

DAVIDSOHN. — Paralyse saturnine de la corde vocale. — Paralyse typique (position cadavérique de la corde gauche, immobile, la droite dépassant la ligne médiane pendant la phonation etc., etc.) Aucune cause à incriminer. Mais le malade est typographe et a le liseré gingival. D. rappelle la paralysie saturnine de la corde chez le cheval qui a été souvent observée.

MEYER. — Extraction d'un corps étranger de la bronche droite par la bronchoscopie. — Un garçon de 5 ans a subi de nombreuses interventions sur le larynx et la trachée (intubation, trachéotomie, port prolongé de la canule). Pour se rendre compte de la cause d'une sténose trachéale permanente M. introduit le tube de Killian. Il constate à cette occasion que l'enfant a une membrane congénitale du larynx occupant les 2/3 antérieurs. Voulant essuyer les mucosités avec un tampon monté sur le porte-coton de Killian il sent le porte-coton arrêté. Après l'avoir retiré il trouve que le tampon manque. Probablement l'anneau fixant le tampon sur la tige a été relevé en passant par un endroit rétréci et a ainsi libéré le tampon. M. a été assez heureux pour retirer le tampon le lendemain par la bronchoscopie inférieure.

Séance du 17 février.

Président : FRAENKEL

Secrétaire : ROSENBERG

GLUCK présente un malade avec une fistule pulmonaire et un enfant chez lequel la partie supérieure de l'œsophage est en relation avec l'estomac par un tube en caoutchouc. (Sera analysé dans les *Annales* avec la discussion qui a suivi ce cas).

HIRSCHMANN présente deux malades pour mettre sur eux en lumière la valeur de l'endoscopie du sinus maxillaire. Dans le premier cas, il s'agit d'un corps étranger du sinus (partie d'un obtu-

rateur remonté dans le sinus.) Dans le 2^e cas on peut se rendre compte de l'intérieur du sinus et de sa configuration anatomique.

Discussion.

FRAENKEL montre un bouchon en caoutchouc retiré du sinus par ouverture large.

HEYMANN rappelle le cas publié par lui où il a trouvé trois bouchons semblables dans un sinus maxillaire.

HIRSCHMANN dit que le cas de Heymann prouve la valeur de l'endoscopie.

ROSENBERG. — Démonstration d'un cornet inférieur rudimentaire.

LANDGRAF. — Tuberculome du larynx. — L. a enlevé chez une femme de 57 ans ayant toutes les apparences d'une santé excellente, une tumeur située dans le ventricule de Morgagni, couvrant la corde dans son tiers antérieur et recouverte de muqueuse lisse. Le reste du larynx absolument normal. Examen microscopique (prof. Hansemann) Tuberculose typique. La tumeur a mis cinq ans pour atteindre ses dimensions actuelles.

ICHVELZ a vu plusieurs tumeurs pareilles. Il a toujours trouvé leur point de départ dans le ventricule de Morgagni, ce qui est mentionné aussi par Chiari dans son livre.

GRABOWER a vu paraître et disparaître un tuberculome chez un malade soigné par des injections de tuberculine.

ROSENBERG ne croit pas que ces tumeurs soient si rares. Il est douteux qu'elles soient toujours de nature tuberculeuse. Dans un cas il s'agissait de carcinome.

FRAENKEL rappelle un cas qui a joué un grand rôle au congrès international de Paris. Semon et Schmidt ont posé le diagnostic de cancer. Fraenkel a proposé la biopsie. Examen histologique (Weigert) a montré qu'il s'agissait de tuberculose. Dans un autre cas cette tumeur a été une gomme. Comme conclusion il faut dire que dans les cas incertains l'examen histologique s'impose.

Séance du 5 Mai.

Président : FRAENKEL

Secrétaire : ROSENBERG

HIRSCHMANN présente le corps étranger (obturateur en caoutchouc), qu'il a fait voir à l'aide de l'endoscope aux membres de la société dans la séance précédente. Après avoir agrandi la perforation par l'alvéole H. a retiré, toujours à l'aide de l'endoscope, le corps étranger.

MEYER. -- Les méthodes directes d'examiner les voies respiratoires supérieures (L'analyse de cette communication et la discussion consécutive se trouvent dans les analyses des *Annales*.)

KATZENSTEIN. — Un nouveau centre cortical et un nouveau réflexe du larynx. Krause a trouvé en 1883, dans la circonvolution Owen du chien un centre pour l'innervation d'une partie des muscles du pharynx et du larynx. Félix Semon prétend que l'innervation du larynx est bilatérale et symétrique. Sous ce rapport le larynx se comporte comme les autres muscles respiratoires : On ne peut pas distendre un côté seul du thorax, exécuter les mouvements respiratoires à volonté avec l'un ou l'autre poumon, faire contracter une partie du diaphragme. Il est pareillement impossible d'actionner les muscles d'un côté du larynx isolément.

KATZENSTEIN prétend que les arguments de Semon ne sont pas définitifs, parce que beaucoup de gens, et K. aussi, peuvent exécuter des mouvements unilatéraux contestés par Simon K. a même connu un artiste qui après un exercice de 10 jours entrepris sur la demande de K. est arrivé à exécuter des mouvements avec son aryténoïde droit sans faire mouvoir l'aryténoïde gauche.

Mais c'est surtout les recherches de Masini qui a éveillé les doutes de K. sur le bien fondé de la théorie de Semon. Masini prétend que l'irritation du centre de Krause avec des courants faibles provoque l'adduction d'une seule corde, de la corde contralatérale. Cette constatation de Masini pourrait expliquer les paralysies centrales unilatérales du larynx.

KATZENSTEIN a contrôlé les expériences de Masini et il est arrivé

à des résultats identiques ; si l'innervation du centre Krause est unipolaire à l'excitation bipolaire les deux cordes vont vers la ligne médiane. Mais en quittant le centre de Krause et en avançant vers la deuxième circonvolution, il existe un endroit dont l'excitation provoque la contraction homolatérale de l'angle labial, de la moitié de la langue et du voile du palais. Enfin si l'on excite la partie antérieure de la deuxième circonvolution, on obtient des contractions du larynx, mais qui ne sont pas toujours identiques. Mais Katzenstein tire la première conclusion qu'il existe en dehors du centre Krause un autre centre pour l'innervation du larynx.

Si l'on touche la muqueuse du larynx avec la sonde, la corde du côté touché entre en adduction. L'expérience réussit le mieux chez l'homme si l'on touche l'aryténoïde et si on a soin de cocaïner le larynx au préalable. Ce réflexe persiste chez le chien après l'extirpation du centre de Krause, mais disparaît si l'on extirpe le rameau interne du laryngé supérieur. Ce réflexe est donc un réflexe médullaire. En analogie avec cette expérience de K., François Frank et Hallion ont trouvé que si, au moment où l'on irrite le recurrent, on introduit le doigt dans le larynx, on sent que la corde homolatérale se contracte et se raccourcit, tandis que la corde contralatérale se raccourcit mais qu'elle reste flasque. Ces auteurs sont même arrivés à photographier cet état. En conséquence K. se demande si en se basant sur ces expériences la théorie de l'innervation unilatérale symétrique et bilatérale est soutenable.

BIBLIOGRAPHIE

Die Verletzungen des Gehörorganes, par A. Passow (1 vol. 276 pages, collection Körner. J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1905).

Cette importante monographie continue la remarquable série publiée sous la direction de Körner par des collaborateurs de marque. Les traumatismes de l'organe auditif y sont étudiés par région : traumatisme du conduit auditif avec un intéressant chapitre sur l'othématome du pavillon et la périchondrite. L'étude de cette dernière gagnerait peut-être à être mis au courant des plus récents travaux. Par contre, les traumatismes du conduit cartilagineux, et du conduit osseux sont exposés avec minutie.

Les fractures de la pyramide et leurs conséquences forment le gros chapitre du travail. On trouvera là, mis en œuvre, la plus grande partie des documents utiles sur la question.

Les signes des lésions de l'appareil labyrinthique, déchirures, hémorrhagie, commotions, contusions sont rigoureusement analysés, et la symptomatologie est l'objet d'une critique approfondie. Suit un aperçu sur l'hystérie traumatique de l'oreille et une étude médico-légale dont l'importance et la nécessité à la fin de ce travail se trouvent on ne peut mieux justifiées.

E. LOMBARD.

Traitement du catarrhe tubaire et tubo-tympanique par l'air chaud, par GUILLOT (Thèse de Paris, 1905).

Le traitement par l'air chaud pur et sec employé avec succès depuis plusieurs années par Lermoyez et Mahu, dans les cas d'hydrorrhée nasale, de coryza spasmodique et chronique a été employé par ces auteurs dans le traitement du catarrhe tubaire et tubo-tympanique. Il était permis de penser en effet que l'action produite par l'air chaud sur la muqueuse nasale, action qui consiste en une rétraction très notable, se produirait également sur la muqueuse de la trompe d'Eustache, lorsqu'elle est le siège d'un gonflement inflammatoire.

L'inflammation de cette muqueuse est en effet grosse de conséquences pour le malade. L'audition est diminuée notablement; souvent les bourdonnements surviennent; le malade accuse la sensation « d'oreille bouchée », souvent même il souffre. C'est la première étape d'une infection qui, partie du cavum, gagne l'oreille moyenne par le conduit de la trompe. Dès lors, si l'infection est virulente, le malade est exposé à l'éclosion d'une otite moyenne aiguë catarrhale, exsudative ou même purulente. Le pronostic devient celui des otites moyennes aiguës et le malade court les risques des redoutables complications qu'entraîne la présence en cette région de l'antre et des cellules mastoïdennes, du sinus, du nerf facial et de la dure-mère.

L'affection, heureusement, suit le plus souvent une évolution favorable. Mais il persiste fréquemment un peu de catarrhe sec ou humide de la trompe. L'affection naso-pharyngienne est guérie déjà, alors que persiste encore l'obstruction tubaire.

L'anatomie de ces régions et la physiologie de l'oreille moyenne nous apprennent qu'il suffit d'un gonflement d'un demi-millimètre de la muqueuse tubaire pour que l'aération de l'oreille moyenne

cesse de se faire au moment de la déglutition. C'est une des plus importantes fonctions de l'audition l'appareil qui cesse de ce fait. Il faut y remédier.

L'insufflation d'air à l'aide de la poire de Politzer était, jusqu'à ces derniers temps, le traitement indiqué de l'affection dans le but de rétablir la pression normale dans l'oreille moyenne. Mais l'air à la température ambiante ne modifiait pas la muqueuse ; il décollait seulement les parois de la trompe, qui, après l'insufflation, reprenaient leur position première. L'air chaud, au contraire, ainsi qu'il est possible de le constater « de visu » sur la muqueuse nasale, agit en rétractant la muqueuse. Ce procédé est donc supérieur à l'insufflation à l'aide de la poire de Politzer. C'est ce que démontre l'expérience.

L'appareil employé est celui qui a été décrit à propos du traitement de l'hydrorrhée nasale et des coryzas chroniques et spasmodiques, dans les *Annales* du 7 juillet 1900 et de juillet 1901, par Lermoyez et Mahu. Il est constitué de telle façon que l'air porté à la température de 70° à 90° est facilement obtenu. Il suffira de conduire cet air à l'orifice de la trompe pour obtenir le résultat désiré. Pour cela, on peut employer soit une sonde d'Itard en métal, soit une des sondes spécialement construites par la maison Collin sur l'initiative du Dr Mahu. Elles s'adaptent exactement à l'extrémité de la canule qui termine l'appareil. Enfin on peut se servir d'une sonde en gomme de calibre assez fort. Cette dernière a sur les autres l'avantage de ne pas trop s'échauffer et évite les risques de brûlure du vestibule des narines. Pour l'usage des sondes en métal, il est bon de garnir le pavillon de la sonde de papier, dans ce même but d'éviter l'échauffement excessif de la sonde.

Avec méthode, la sonde est conduite à l'orifice pharyngien de la trompe. L'otoscope relie l'oreille du malade à celle de l'opérateur et contrôle l'exactitude de la manœuvre. On applique alors la canule à l'orifice de la sonde d'Itard. Le souffle est alors transmis par l'otoscope. Le plus souvent, il est faible, quelquefois même à peine perçu. Au bruit de passage de l'air, se joint fréquemment un bruit de râle ou de crépitations ; puis, à mesure que l'air chaud agit sur la muqueuse, le souffle devient plus distinct, plus vigoureux. La trompe se débouche ; l'air chaud a dilaté, séparé les parois de la trompe, la muqueuse s'est rétractée, laissant libre la lumière du conduit et la pression redevient normale dans l'oreille moyenne, égale à la pression atmosphérique. L'examen du tympan fait constater alors que le tympan n'est plus déprimé ; le

manche du marteau n'est plus aussi incliné et le triangle lumineux de Politzer est visible. Les épreuves de l'audition confirment ce résultat.

Indications du traitement. — La première et la plus fréquente des indications de l'insufflation par l'air chaud est sans contredit le catarrhe tubaire consécutif à la grippe. C'est ici qu'il donne les meilleurs résultats. La grippe est, de toutes les affections aiguës, celle qui s'adresse de préférence à l'oreille moyenne après avoir infecté le naso-pharynx. Les résultats dans ce cas ne se font pas attendre et la prompte guérison en est le résultat.

Les maladies infectieuses aiguës à retentissement naso-pharyngien sont aussi une cause fréquente de catarrhe tubaire. La preuve nous en est donnée par la fréquence des otites aiguës au cours de la rougeole, la scarlatine, etc... Ici encore, après la chute des phénomènes inflammatoires et la guérison des écoulements s'il y a eu otite aiguë, le traitement par l'air chaud donnera de très bons résultats lorsqu'il persistera un peu de surdité ; des bourdonnements ou d'otalgie légère.

Chez les adénoïdiens, aux prises avec des poussées à répétition d'adénoïdite aiguë, lorsque la poussée inflammatoire a cessé et qu'il persiste un peu de surdité ou de bourdonnements consécutifs à l'obstruction tubaire, l'air chaud donnera encore de bons résultats. Il en sera de même lorsque la trompe n'aura pas repris sa perméabilité normale après le curettage des végétations. Mais il faut attendre que toute trace de l'inflammation consécutive au traumatisme produit par l'adénotomie ait disparu, c'est-à-dire après trois semaines environ.

L'obstruction tubaire peut aussi accompagner et suivre l'évolution d'un abcès ou d'un phlegmon amygdalien ou peri-amygdalien. L'air chaud est alors aussi indiqué.

Passons aux affections chroniques du naso-pharynx dont la conséquence fréquente est le catarrhe chronique de la trompe d'Eustache. Les insufflations d'air chaud seront ici encore indiquées. Il va sans dire que les résultats seront plus lents, plus difficiles à obtenir que dans les affections aiguës, mais le malade est soulagé et souvent réclame lui-même la série d'insufflations desquelles il rapporte un vrai soulagement à la surdité, aux bourdonnements ou à la sensation de « l'oreille bouchée », symptômes tous très pénibles.

Enfin, chez certains scléreux, chez lesquels, à la sclérose toujours rebelle à tout traitement, se joint du catarrhe chronique de la trompe, il sera bon parfois de pratiquer des insufflations

d'air chaud. Le meilleur guide, dans ce cas, sera le malade lui-même qui, suivant le soulagement qu'il retirera du traitement, devra y être soumis ou non plus ou moins fréquemment.

Ce point nous amène à parler des malades porteurs de l'otite sèche adhésive sans catarrhe surajouté. Chez eux, il est parfaitement inutile de pratiquer l'insufflation de laquelle, ainsi qu'on peut le constater, ils ne retirent aucun profit.

Il existe une catégorie de malades qu'il faut se garder de traiter par la méthode que nous indiquons. Nous voulons parler de ceux qui présentent des symptômes de congestion labyrinthique. L'air chaud produit en effet dans ces cas un résultat désastreux pour le malade et le médecin. L'ébranlement produit par le passage de l'air, la pression exagérée dans l'oreille moyenne risquent de donner au malade une crise aiguë syncopale ou non de labyrinthite.

Nous avons observé le cas et le résultat fut déplorable. On devra donc s'assurer que le malade ne présente pas de signes de congestion labyrinthique. Ceci découle de l'examen complet de l'audition du malade, expérience qui doit toujours être faite avant l'insufflation d'air, ne fût-ce qu'à l'aide de la poire de Politzer.

Rappelons que toujours le naso-pharynx devra être soumis à une antisepsie soignée. L'éventualité d'une infection portée par le spécialiste, de la gorge à l'oreille, est trop sérieuse pour qu'on néglige d'y prendre garde. Les moyens habituels de désinfection du nez et du cavum, seront toujours appliqués avant l'institution du traitement aérothermique.

En résumé, l'air chaud est supérieur comme traitement à l'insufflation à l'aide de la poire de Politzer, parce qu'il fait pénétrer dans l'oreille une quantité d'air plus considérable vu le dispositif de l'appareil, mais aussi et surtout parce qu'il produit sur les muqueuses de la trompe une action identique à celle qu'il produit sur la muqueuse nasale : il rétracte le tissu.

Les indications du traitement sont nettes et les résultats les meilleurs sont obtenus.

a) Dans le catarrhe tubaire consécutif à la grippe et aux maladies infectieuses à retentissement naso-pharyngien.

b) Chez les adénoïdiens, après la poussée d'adénoïdite aiguë ou encore après l'ablation des végétations.

c) Dans le cas de catarrhes chroniques de la trompe, consécutifs aux affections chroniques du nez, du cavum et du pharynx.

d) Dans les cas de sclérose otique à laquelle est surajouté du catarrhe chronique de la trompe.

L'application du traitement ne doit pas être faite au cours de la période aiguë des maladies en cause et le traitement doit être rejeté soigneusement chez les malades présentant des signes de congestion labyrinthique.

Quant à la durée du traitement, elle variera suivant les cas.

Deux ou trois insufflations suffiront souvent dans les cas de catarrhes récents, tandis qu'au contraire les séries de dix à douze insufflations seront nécessaires dans le traitement du catarrhe chronique. Après douze séances il est préférable, croyons-nous, d'interrompre quelque temps le traitement; le malade continue souvent à s'améliorer pendant quelques jours.

Les séances seront de deux minutes environ pendant lesquelles on pratiquera des insufflations de six à dix secondes, séparées par des intervalles afin d'éviter l'échauffement excessif de la sonde qui, si elle est en gomme, perdrait sa forme convenable et si elle est en métal brûlerait le malade.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-trachéales, par BARBIER-BOUVET (*Thèse de Montpellier, 1904*).

Les injections intra-trachéales présentent un avantage énorme sur les autres moyens thérapeutiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; de plus, l'innocuité de ces injections même à doses élevées a été souvent démontrée par des expériences sur les animaux et sur l'homme. Botey les avait expérimentées sur lui-même avant de les essayer chez ses malades. Ces injections qui, au premier abord, paraissent devoir être pénibles et produire de bruyants réflexes, sont au contraire très bien supportées si l'on prend la précaution de faire tomber le liquide au-dessous des cordes vocales inférieures sans toucher la partie supérieure du larynx, car la muqueuse de cet organe n'est sensible qu'au-dessus de la glotte.

Le liquide employé comme excipient joue un grand rôle car la muqueuse de l'arbre respiratoire se comporte de différentes façons avec les différents liquides. Les solutions aqueuses sont absorbées instantanément; à part la voie veineuse on ne connaît pas de voie d'absorption plus rapide. Les solutions huileuses au contraire demeurent un certain temps dans les alvéoles pulmonaires; il en est de même pour la glycérine et l'huile de vaseline, mais ces deux dernières substances présentent des inconvénients qui leur font préférer l'huile d'olive.

La technique opératoire est variable. Certains ont préconisé l'introduction directe par piqure de la trachée; les inconvénients sont trop grands pour que l'on puisse ériger cette manière de faire en méthode générale et il vaut mieux de beaucoup l'introduction par voie buccale sous le contrôle du miroir, on voit ce que l'on fait et on n'a pas d'accidents à craindre: quelques accès de toux les premiers jours, un peu de spasme parfois mais jamais de suffocation pouvant donner de l'inquiétude. A côté de ce procédé laryngoscopique il est un autre procédé dit digital, qui n'est cité que pour mémoire et dans lequel la seringue tenue de la main droite est introduite dans le larynx, en suivant l'index de la main gauche, pris comme guide et introduit préalablement au-dessus de la glotte: c'est la même manœuvre que pour le tubage; inutile de dire que ce procédé n'est que très difficilement supporté par le patient en dehors des autres désavantages qu'il peut présenter. Enfin l'auteur insiste longuement pour la combattre du reste sur la méthode de Mendel; ses expériences sont venues infirmer celles de cet auteur et prouver que le plus souvent l'injection ne pénètre pas dans le larynx mais bien dans l'œsophage ou qu'elle est expulsée de nouveau par la bouche. A signaler encore à titre de curiosité la méthode de Coromilas.

Quant aux substances que l'on peut employer, la liste en est évidemment très longue, mais il vaut mieux s'en tenir aux huiles essentielles, au menthol, à la créosote, au gäfacol, à l'orthoforme soit seuls, soit combinés.

Les résultats sont bons en général, l'amélioration ne tarde pas à survenir et se manifeste par la cessation de la toux, la diminution de l'expectoration, qui devient fluide, la diminution de la dyspnée et des sueurs nocturnes; enfin on note souvent une augmentation de l'appétit et une amélioration de l'état général.

L. VIDAL.

**Résultats actuels de la laryngectomie dans le cancer du larynx,
par FAVETTE (Thèse de Montpellier, 1904.)**

Dans un premier chapitre, l'auteur fait l'historique de la laryngectomie; il rappelle ensuite en quelques mots le manuel opératoire tel qu'il a été décrit par Périer à la Société de chirurgie, en 1890. Dans le chapitre suivant, les observations les plus intéressantes d'extirpation totale du larynx pour cancer sont passées en revue. A noter l'observation recueillie dans le service du professeur Forgeue, qui a été le point de départ de cette thèse et qui

relate un très beau cas de laryngectomie suivie de succès. Vingt jours après l'opération, le malade avait repris son alimentation normale et ne tardait pas à sortir de l'hôpital dans les meilleures conditions. Revu depuis lors, la guérison s'était maintenue.

En parcourant les diverses statistiques, l'auteur fait remarquer que la diminution de la mortalité opératoire ou post-opératoire augmente à mesure qu'on se rapproche de l'époque actuelle, ce qui prouve que l'intervention radicale devient de moins en moins dangereuse pour les malades et mérite d'être tentée. C'est du reste la seule opération qui puisse prétendre à la guérison, parce que complète; la trachéotomie dans le cancer du larynx n'est qu'une opération d'urgence pour parer à des accidents imminents d'asphyxie; quant à la thyrotomie, ce n'est pas une opération à tenter pour l'épithélioma du larynx, les récidives sont plus que probables; la laryngectomie partielle elle-même ne peut, au point de vue de la survie, supporter la comparaison avec la laryngectomie totale.

Comme conclusions à son travail, l'auteur admet que la laryngectomie totale est une opération grave mais qui a été injustement appréciée; la mortalité opératoire a surtout pour cause des complications pulmonaires que l'on peut éviter par une asepsie rigoureuse. Les résultats opératoires des interventions partielles ne sont pas meilleurs. La laryngectomie totale donne plus de chances de guérison définitive, malheureusement on opère en général trop tard. L'intervention est d'autant plus profitable qu'elle est plus précoce.

L. VIDAL.

ANALYSES

I. — OREILLES

De l'hémorragie méningée comme conséquence de la compression du sinus latéral dans les interventions sur l'apophyse mastoïde, par BONAIN (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie*, 18 novembre 1905).

Bonain rapporte une observation de trépanation de la mastoïde pour suppuration intra-mastoïdienne consécutive à une otite aiguë, et au cours de laquelle le sinus latéral fut blessé. Il s'agissait d'une

anomalie du sinus qui se trouvait derrière le conduit auditif à l'emplacement même de l'antré mastoïdien. Le sinus est tamponné avec de la gaze stérilisée. Suites normales jusqu'au dix-septième jour; ce jour, maux de tête et torpeur cérébrale très marquée, puis le malade revient à son état normal; deux jours après, deuxième ictus: torpeur cérébrale complète, mâchoires serrées, paralysie et anesthésie du membre inférieur droit, signe de Kernig. Deuxième intervention, trépanation de la région temporo-occipitale: sinus latéral en parfait état, dure-mère débridée au-dessus du conduit auditif et on trouve un caillot de la dimension d'une pièce de 5 francs étalé à la surface du lobe temporal. Mort.

Bonain rappelle une observation semblable qu'il a déjà publiée dans la *Revue* (25 juin 1904). Même marche, premier ictus, retour à l'état normal, puis second ictus; dans les deux cas il s'agit de malades âgés, où le sinus latéral est tamponné, pour arrêter l'hémorragie ou même comprimé par des pansements et peut-être par la formation du tissu cicatriciel; chez tous deux c'est le sinus latéral droit qui fut intéressé; or, l'on sait la réduction du calibre du sinus latéral gauche d'où circonstance favorisant l'augmentation de tension sanguine dans l'encéphale. Cette hémorragie méningée n'aurait été la conséquence que d'une compression temporaire, car le sinus fut trouvé guéri au cours de la deuxième intervention.

Il faut donc prendre de grandes précautions pour éviter la blessure du sinus latéral droit, surtout chez les gens âgés. Bonain conseille dans ce but l'emploi de la fraise de Doyen.

A. HAUTANT.

Cas de thrombose infectieuse du sinus occipital, par V. UCHERMANN (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 11 novembre 1905).

Observation de thrombose infectieuse du sinus occipital d'origine otitique sans participation des autres sinus cérébraux; Uchermann croit que cette observation est unique.

Neuf jours avant l'opération: douleurs lancinantes derrière l'oreille droite, maux de tête occipitaux, accès de fièvre avec frissons, gonflement rétro-auriculaire et vers le cou derrière le sterno-cléido-mastoïdien, tympan à peu près normal. L'opération montre quelques gouttes de pus à la pointe de l'apophyse et une cavité pleine de pus limitée en avant et en haut par la région occipitale, en bas et en dehors par les muscles profonds du cou;

sinus sigmoïde sain. Le lendemain, violent accès de frisson, seconde opération qui met à nu la paroi externe du sinus sigmoïde horizontal jusque vers le bulbe ; ce sinus est normal. Persistance de la fièvre, mort. A l'autopsie : abcès sous-occipital, de là, probablement par les veines cervicales, l'infection a pénétré dans le plexus veineux droit postérieur du trou occipital, dans le sinus occipital, et le pressoir d'Hérophile où se trouve une demi-cuillerée d'une masse puriforme ; thrombus à travers tout le sinus transversal droit jusqu'au golfe de la jugulaire droite.

A. HAUTANT.

II. — NEZ

De la résection sous-muqueuse du squelette de la cloison nasale déviée, par J. MOURRET (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie*, 28 octobre 1905).

Lorsqu'on se trouve en présence d'une déviation de la cloison du nez, il faut bien en repérer les limites, et se rendre un compte exact des parties du squelette qui y prennent part. Aussi Mourret commence-t-il par une *étude anatomique* des différentes déviations.

Mourret divise les déviations en cartilagineuses et ostéo-cartilagineuses.

A. — *Les déviations cartilagineuses* se font suivant les bords ou suivant les faces du cartilage.

1° Les déviations du cartilage quadrangulaire suivant les bords sont des luxations. a) Déviation du bord inféro-antérieur : le cartilage est luxé hors de la sous-cloison. b) Déviation du bord inféro-postérieur, le cartilage est sorti de la gouttière vomérienne et appliqué contre l'une des faces du vomer ; la muqueuse du côté concave est surtout adhérente au niveau de la ligne vomérienne ; parfois la luxation est compliquée d'un épaississement, la crête formée par le bord du cartilage luxé se doublant du cartilage de Huschke plus ou moins hypertrophié. c) Déviation du bord ethmoïdal, luxation rare, suite de violents traumatismes avec nez tordu du côté opposé et dos un peu ensellé. d) Le bord supéro-antérieur ne se luxe pas, mais il peut être dévié ou exubérant, constituant alors le nez à corbin.

2° Les déviations du cartilage suivant les faces sont des incurvations. Cette incurvation peut être courbe : saillie arrondie dans une fosse nasale ; angulaire, par flexion angulaire du corps du

cartilage lui-même ; sigmoïde, en S, à grand axe vertical ou antéro-postérieur. Ces trois formes peuvent se compliquer d'une luxation du cartilage hors de la sous-cloison.

B. — *Les déviations ostéo-cartilagineuses* peuvent se faire : a) Suivant la ligne du bord supéro-antérieur du vomer, déviation chondro-vomérienne qui se complique souvent d'une crête ostéo-cartilagineuse formée soit par le bord du cartilage quadrangulaire, par le cartilage de Huschke, soit par l'os sous-vomérien et le vomer, ou même aussi par la muqueuse épaissie. b) La déviation voméro-ethmoïdale se fait suivant la ligne articulaire de ces deux os. Mouret l'a vue arriver jusqu'à un demi-centimètre de l'extrémité sphénoïdale de cette ligne. Elle est souvent accompagnée d'un épaississement ainsi que de la déviation voméro-chondrale : grande déviation voméro-chondro-ethmoïdale. c) La déviation chondro-ethmoïdale n'est pas une luxation, mais simplement l'inclinaison du cartilage et de la lame perpendiculaire l'un sur l'autre avec souvent hypertrophie du tubercule de la cloison.

Par ordre de fréquence, on trouve : luxation de la sous-cloison, déviation et luxation, voméro-chondrale, incurvation du cartilage quadrangulaire, déviation voméro-chondro-ethmoïdale, déviation et luxation ethmoïdo-chondrale.

Manuel opératoire. — Mouret opère dans son cabinet sans aide et sans anesthésie générale. Il insensibilise la muqueuse avec un mélange de cocaïne et d'adrénaline ; il l'incise avec un galvano à fine pointe, la décolle, incise le cartilage et résèque toute la partie déviée.

Luxation du bord du cartilage correspondant à la sous-cloison : incision rectiligne le long de la partie saillante, résection du cartilage, à la pince double-gouge.

Luxation du bord vomérien du cartilage quadrangulaire : incision au point déclive de la saillie, faite tout le long de la luxation, prolongée en avant le long de la sous-cloison. Décollement de la muqueuse avec le décolleur du conduit auditif seulement sur un demi-centimètre. Le bistouri incise et amorce la résection, temps délicat. La pince double-gouge résèque le cartilage en décollant elle-même au fur et à mesure la muqueuse. Il ne faut pas enlever complètement le cartilage quadrangulaire, il faut conserver un peu du cartilage sous l'arête du nez et au niveau de la sous-cloison pour empêcher l'affaissement de la pointe du nez.

Incurvations latérales du cartilage quadrangulaire : incision de la muqueuse de la sous-cloison, à son extrémité antérieure, incision parallèle à l'arête du nez, à son extrémité postérieure, incision

suivant la ligne chondro-vomérienne d'où lambeau muqueux quadrangulaire. Décollement de la muqueuse, incision et résection du cartilage. Réséquer le cartilage aussi haut que possible vers l'arête du nez, ainsi que vers la sous-cloison, pour désobstruer complètement la narine tout en se rappelant qu'il faut craindre l'affaissement de la pointe. Si cette incurvation arrondie se complique d'une luxation du bord du cartilage de la sous-cloison vers la narine opposée, Mouret ne résèque cette saillie cartilagineuse que si elle est accentuée. S'il s'agit d'une incurvation angulaire, réséquer le cartilage au niveau de l'angle par petits morceaux pour ne pas déchirer la muqueuse. Dans le cas d'incurvation sigmoïde, il faut réséquer la lame perpendiculaire ou le vomer qui, souvent, y participent.

Déviation ostéo-cartilagineuse voméro-chondrale : incision un peu au-dessous de la ligne voméro-chondrale prolongée le long de la sous-cloison puis recourbée parallèlement au dos du nez. Résection du cartilage. Décollement de la muqueuse vers le plancher ; le ciseau enfoncé dans l'os fait levier ; l'os éclate et une pince en arrache les fragments.

Déviation voméro-ethmoïdale, fait partie de la déviation voméro-chondro-ethmoïdale. Commencer par la résection du cartilage quadrangulaire. Prolonger en arrière l'incision de la muqueuse du côté convexe suivant la ligne voméro-ethmoïdale. Réséquer la déviation dans toute son étendue avec la pince emporte-pièce de Martin ou celle de Laurens.

Déviation chondro-ethmoïdale : si elle est isolée, il suffit de réduire l'hypertrophie du tubercule de la cloison. Souvent accompagne les grandes déviations voméro-chondro-ethmoïdales et disparaît avec la résection de la lame perpendiculaire.

Mouret, à la suite de l'opération, insuffle de l'iodoforme et fait un tamponnement à la gaze iodoformée. Détamponnement au bout de 24 heures. L'opéré renifle alors de l'eau bouillie, salée, tiède ; pulvérisations à l'huile mentholée, guérison en quinze jours.

Mouret insiste sur les avantages de l'incision au galvano qui évite toute perte de sang immédiate ou secondaire, sur la facilité, une fois qu'il a été amorcé, du décollement de la muqueuse par le travail des mors de la pince coupante, sur l'utilité de l'eau oxygénée comme hémostatique quoique l'opération se fasse presque à sec. L'opération n'est pas douloureuse même pendant la résection osseuse, quelquefois un peu de migraine post-opératoire.

Résultats opératoires excellents. Quelques malades conservent

encore un peu de gêne respiratoire par paresse du dilatateur de l'aile du nez ou par hypertrophie du cornet inférieur. Résultats esthétiques parfaits dans le cas de déviation du cartilage quadrangulaire, moins bons dans le cas de déviations profondes.

A. HAUTANT.

Quelques mots sur le traitement de la rhinite atrophique ozéna-teuse, par ARESSE (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 11 novembre 1903).

Aresse conseille, d'après quelques observations personnelles, le traitement de Bobone, c'est-à-dire applications topiques avec un composé de pétrole raffiné, de strychnine et d'huile d'eucalyptus à odeur de citron.

A. HAUTANT

Sur un cas de rhinolithiase, par S. PUSATERI (*Archiv. ital. di otologia, etc.*, vol. XVI, f. 4, 1905, p. 295).

Il s'agit d'une femme de 30 ans, présentant depuis l'enfance une saillie de la moitié droite du dos du nez, et un écoulement purulent, fétide par la narine correspondante. La fosse nasale renfermait un corps étranger principal, dont le noyau était constitué par un morceau de gomme élastique et une quantité d'autres corps étrangers plus petits, constitués par du phosphatè et du carbonate de chaux. Les parois de la cavité nasale étaient ulcérées et bourgeonnantes. Après leur cicatrisation, la fosse nasale apparut comme une vaste et large cavité à parois recouvertes de croûtes grisâtres et fétides, comme on en observe dans l'ozène. Cependant, les recherches bactériologiques n'y décelèrent jamais que le staphylocoque pyogène aureus et le streptocoque : on n'y trouva jamais le diplobacille de Löwcuberg-Abel ni le pseudo-diphthérique. S'il est vrai que ces bacilles soient spécifiques de l'ozène, il faut en conclure qu'on avait affaire ici à une rhinite atrophique spéciale, sans l'ozène vrai.

M. BOULAY.

Un nouvel olfactomètre clinique, par R. STEVANI (*Arch. ital. di otol., etc.*, vol. XVI, p. 301, 1905).

L'instrument se compose : 1° d'une bouteille de verre à large goulot, d'une capacité de 60 centimètres cubes ; 2° d'un bouchon en caoutchouc de 4 centimètres et demi de hauteur muni de deux orifices ; 3° d'un tube de verre long de 7 centimètres, ouvert à son extrémité supérieure et portant dans sa portion inférieure une

fente longitudinale qui se prolonge sur une étendue de 4 centimètres jusqu'à son extrémité fermée ; ce tube passe à frottement dans l'un des orifices du bouchon de caoutchouc ; 4° d'un second tube de verre ouvert à ses deux extrémités, partant dans le second orifice du bouchon et plongeant dans le liquide renfermé dans la bouteille. Ce liquide est constitué par une substance odorante de titre et de poids déterminés.

Les bords de la fente du tube fenêtré portent une graduation ; en faisant descendre plus ou moins le tube dans le bouchon, une hauteur plus ou moins grande de cette fenêtre devient libre, et, par conséquent, une quantité plus ou moins grande des molécules odoriférantes renfermées dans la bouteille peuvent d'échapper par l'orifice libre du tube.

Pour se servir de l'appareil, cet orifice est introduit dans la narine à examiner sans l'obturer toutefois complètement ; le malade doit faire une inspiration normale et non violente. Le pouvoir olfactif sera déterminé pour chaque odeur par le minimum de hauteur de la fente nécessaire à la perception de celle-ci.

C'est là un appareil simple et facile à construire qui donne des indications très suffisantes pour les besoins de la clinique, mais auquel il ne faudrait pas demander de donner des résultats d'une grande précision.

M. BOULAY.

Obstruction (d'origine congénitale ?) de la fosse nasale gauche par un kyste ostéo-cartilagineux du cornet inférieur, par BOBONE (*Bollet. delle mal. dell' orecchio*, 1905, n° 1, p. 1).

Cette lésion fut observée chez une jeune fille de 19 ans, qui se plaignait de ressentir depuis quelque temps une obstruction complète de la fosse nasale gauche et un écoulement muqueux par la narine correspondante. Un éperon très saillant de la cloison masquant le fond de la fosse nasale, l'exploration de celle-ci n'était possible qu'au stylet : celui-ci se heurtait immédiatement derrière l'éperon à un plan résistant un peu élastique ; à la rhinoscopie postérieure la choane apparaissait obstruée par un diaphragme bombé, lisse, donnant au toucher digital une sensation de dureté élastique.

Après résection de l'éperon et de la partie antérieure du cornet inférieur, la masse obstruante fut ponctionnée avec un couteau de Græfe : il en sortit un liquide jaunâtre, visqueux, inodore. La paroi antérieure de la cavité kystique fut enlevée à la pince de Grünewald ; la paroi postérieure subit le même traitement,

quelques semaines après et la respiration se rétablit normalement, sans récédive.

Il s'agissait ou bien d'une lésion congénitale, consistant en une dilatation ampullaire du cornet inférieur analogue à celles qui ont été si souvent décrites sur le cornet moyen, ou bien d'une lésion acquise due à l'hypertrophie et à l'enroulement sur elle-même de la queue du cornet ; celle-ci en se soudant à la paroi externe du nez aurait formé une cavité close qui se serait distendue progressivement ; l'éperon du septum, contre lequel se heurtait la partie antérieure du cornet, aurait empêché celle-ci de suivre le mouvement d'enroulement.

M. BOULAY.

Statistique de 627 turbinotomies, par RINDFLEISCH (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 3, 1905).

Ce nombre respectable de turbinotomies a été accusé en quatre ans par Ruprecht à Brême dans sa clientèle privée. Autant que nous comprenons dans le texte, Rindfleisch a exécuté la turbinotomie partielle, dans chaque cas d'obstruction nasale quand il n'y avait pas des lésions manifestes autres telles que végétations adénoïdes, corps étranger, pour expliquer l'obstruction. Quoique l'obstruction nasale seule indiquât l'opération, on pouvait, dans chaque cas opéré, relever encore d'autres symptômes qui disparaurent après la turbinotomie et qui prouvèrent le bien fondé de l'intervention. De ces symptômes secondaires de la respiration nasale défectueuse, si connus aujourd'hui et que Rindfleisch mentionne tous, citons surtout la guérison de troubles oculaires rebelles au traitement ophtalmologique.

Les contre-indications pour la turbinotomie sont relatives quand il s'agit des enfants chez lesquels il faut attendre l'effet d'une adénotomie, chez les personnes à nez aplati, c'est-à-dire des personnes ayant un nez large à la base, avec pointe retroussée, parce que chez ces personnes il faut se méfier de la possibilité d'un processus atrophiant. Une contre-indication absolue est l'hémophilie, mais on oublie souvent de s'informer sur ce point.

Voici maintenant la technique de Ruprecht. Anesthésie par un spray à la cocaïne-adrénaline (1 : 150) suivie de l'anesthésie ordinaire en rhinologie. Comme instruments Rindfleisch se sert de deux ciseaux à nez, d'une pince à larges cuillères, d'un conchotome, d'un cautère, d'une anse froide et chaude et de deux tréphines pour les crêtes du septum.

Le cornet est sectionné avec les ciseaux. On enlève les parties

restantes avec la pince, le conchotome, et pour obtenir autant que possible une plaie unie sur laquelle on promène le cautère pour provoquer une escharrification superficielle. L'hémostase ainsi obtenue est généralement suffisante, et il est rarement nécessaire d'introduire du penghawar. Le malade garde le repos relatif pendant 48 heures. Disons que l'auteur insiste à différentes reprises sur une précaution élémentaire : le malade doit avoir les pieds chauds. A partir du quatrième jour on institue les lavages du nez. La guérison complète est obtenue au bout d'un mois. Les cas nécessitant une deuxième intervention sont rares.

Les inconvénients et accidents sont rares. Le cas de Wroblewski où le cornet sectionné a été inspiré par le malade doit être une exception, mais Rindfleisch a vu plusieurs fois que le malade, par un mouvement de déglutition intempestif, a avalé le cornet au moment où le dernier coup de ciseau l'a libéré de son attache. Cet accident n'a aucun inconvénient.

Quant aux hémorragies, soit immédiates, soit secondaires, l'auteur leur consacre une étude minutieuse. A la lecture impartiale on peut se convaincre qu'elles sont devenues de moins en moins fréquentes dans la pratique de l'auteur. Citons l'aspirine et les tablettes de gélatine qui ont fait leur preuve entre les mains de l'auteur contre l'hémorragie. L'aspirine agit probablement en décongestionnant la tête et paraît indiquée « chez les personnes ayant les pieds froids ». Quant à la gélatine, on peut en donner jusqu'à la dose de vingt tablettes. L'angine consécutive est, d'après l'auteur, due à une faute d'antisepsie.

Si nous avons insisté sur l'analyse de ce travail, qui est d'une longueur respectable, c'est que la technique de la turbinotomie est par trop négligée dans les différents manuels et qu'il y a une certaine tendance chez les rhinologistes à toucher de moins en moins aux cornets, soit par la galvano-cautère, soit par une intervention plus énergique, galvano transfexion ou turbinotomie totale ou partielle.

LAUTMANN.

Gliome du nez, par PAYSON-CLARK (*Am. Journ. of méd. sc.*, mai 1905).

Deux cas. Dans le premier, il s'agit d'un enfant de 2 ans, qui portait sur le nez un tumeur grosse comme un œuf de perdrix avec obstruction de la narine gauche par une masse polypoïde. Un fragment de celle-ci fut enlevé et, soumis à l'examen histologique, fut considéré comme un gliome. Malheureusement la tumeur enlevée n'a pas été examinée (Une double photographie).

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un enfant de 10 semaines, qui n'avait pas respiré par le nez depuis sa naissance et dont la narine gauche était obstruée par une masse polypoïde : des fragments furent enlevés à trois reprises et furent également considérés comme du gliome. [Les deux figures microscopiques publiées ne nous paraissent pas en faveur de cette opinion]. L'auteur dit n'avoir pas observé de cas semblable.

M. LANNOIS.

L'Épistaxis grave des artério-scléreux. Topographie des foyers.

Traitement local, par E. ESCAT (*Presse médicale*, 9 septembre, 1903, n° 72).

Le rhinologiste doit pouvoir intervenir utilement dans les épistaxis bénignes aussi bien que dans les hémorrhagies graves des artério-scléreux. La notion étiologique est, certes, moins immédiatement utile que la connaissance exacte de la topographie du foyer, qui fournit l'écoulement sanguin, dans les cas où l'abondance même de ce dernier nécessite une action thérapeutique immédiate et efficace. Or, toute épistaxis provient d'une rupture de l'artère de la cloison dont le tronc ou les branches sont modifiés dans leur structure. La tache vasculaire de la cloison résulte de l'anastomose en réseau : 1° de la sphéno-palatine interne, le plus souvent divisée dès son origine en trois branches, une supérieure anastomosée avec les ethmoïdales, une moyenne, une inférieure qui s'engage dans le canal palatin antérieur pour s'anastomoser avec l'artère palatine supérieure.

La sphéno-palatine interne ou artère de la cloison est le vaisseau formateur principal de ce réseau vasculaire désigné sous le nom de tache vasculaire. C'est proprement l'artère de l'épistaxis (Lermoyez).

2° L'artère de la sous-cloison est un vaisseau grêle tirant son origine de la coronaire supérieure et ne peut être incriminée dans les épistaxis graves.

Les épistaxis *bénignes* ont leur siège au niveau de la tache vasculaire même, c'est-à-dire au niveau d'un cercle de 2 centimètres de diamètre environ dont le bord antérieur affleure la limite postérieure du vestibule nasal. Un attouchement au galvano cautère, l'application d'acide chromique, de nitrate d'argent suffit pour triompher de ces hémorrhagies.

Bien autrement sérieuses sont les épistaxis qui ont leur point de départ dans la rupture d'un des vaisseaux afférents de la tache vasculaire. Il existe trois foyers principaux d'hémorrhagie. Le

premier répond à la branche inférieure de l'artère sphéno-palatine interne : il est situé au-dessus du trou palatin antérieur, tout près du plancher, en arrière de l'épine nasale, là où le rameau inférieur de la sphéno-palatine s'anastomose avec l'artère palatine antérieure. Il faut souvent faire fléchir la tête du malade et regarder en bas pour le découvrir. Les autres foyers sont respectivement situés sur chacun des autres rameaux de la sphéno-palatine interne au moment même où ils abordent la tache vasculaire. Un quatrième foyer répond au point où l'artère de la sous-cloison aborde la tache vasculaire. Il est exceptionnel, contrairement à l'opinion commune (une seule fois sur 43 cas observés). Ces quatre foyers peuvent être appelés foyers marginaux de la tache vasculaire.

Il existe encore des foyers secondaires anormaux siégeant, en général, plus profondément que les précédents et plus difficilement accessibles, toujours sur le tronc ou des branches de la sphéno-palatine interne.

Enfin d'autres foyers anormaux ont leur siège sur l'artère sphéno-palatine anormale elle aussi, déviée de son cours par la présence d'éperons ou de crêtes de la cloison. Ils sont difficilement accessibles.

La cautérisation chimique ou galvanique est quelquefois impuissante quand l'artère qui saigne est de calibre notable. Il faut avoir recours au tamponnement. Celui-ci pratiqué avec de la ouate imbibée d'eau oxygénée sera laissé en place pendant 48 heures dans les cas sérieux. Après détamponnement on pourra cautériser (Cautère galvanique au rouge sombre.)

Quand on n'arrive pas à déceler le foyer hémorragique par la rhinoscopie on peut procéder à la cautérisation de toute la région suspecte, au besoin de tout le trajet de l'artère sphéno-palatine interne. Baumgarten avait déjà conseillé la cautérisation à l'acide chromique de toute la surface de la cloison. Dans le cas où une déviation masque le foyer hémorragique on essayera de l'atteindre avec un cautère courbe appliqué sur la région périchoanale en contournant la déviation.

Bien entendu, l'adrénaline médicament vaso-constricteur par excellence, est à rejeter chez les artério-scléreux.

E. LOMBARD.

Traitement du rhinophyma (Eléphantiasis du nez), par BOGROW
(*Berl. klin. Wochenschrift*, n° 32, 1904.)

L'auteur a opéré un cas d'éléphantiasis énorme du nez avec un

succès brillant (photographie du malade avant et après l'opération). A la suite il plaide avec conviction pour l'intervention encore trop peu courante dans les mœurs médicales. Nombre de médecins déconseillent encore toute intervention contre cette véritable défiguration, parce que les méthodes jusqu'à présent usitées incision cunéiforme avec suture consécutive ou l'extirpation totale de la néoplasie avec greffe cutanée à la suite, ont trop peu satisfait aux exigences. La méthode de la décortication usitée par l'auteur (introduite par Stromeyer et conseillée par Lucas-Championnière, Unna, etc.) est simple et permet d'obtenir un bon effet cosmétique en trois ou quatre semaines. Courte bibliographie.

LAUTMANN.

Sur le tamponnement du nez, par CHORONSHITZKY (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, n° 1 1905).

L'auteur conseille de faire le tamponnement du nez après les interventions de la chirurgie endonasale courante à l'aide du coton hydrophile trempé dans une solution de perchlorure de fer. La pharmacopée russe possède une préparation officinale. Si l'on veut préparer ce coton soi-même, il faut avoir soin d'obtenir un coton pas trop sec, ni trop mouillé (il est corrosif dans ce dernier cas). Il doit être ferme et doit se laisser séparer en des fibres longues.

LAUTMANN.

Passage de l'air par le nez dans les conditions pathologiques, par BURCHARDT (*Archiv. f. Laryngologie*, Band XVII, Heft. 1).

L'auteur a voulu étudier expérimentalement les voies que prend l'air inspiré quand les fosses nasales ne sont pas normales, soit obstruées, soit modifiées par la turbinotomie, par la présence des adénoïdes, etc.) Si ces expériences avaient pu être faites sur le vivant, aucun doute que les recherches de l'auteur auraient répondu à un intérêt scientifique autant que pratique. Mais voici de quelle façon Burchardt a institué ses expériences.

Sur un crâne sectionné dans la ligne sagittale Burchardt a modelé avec du plâtre les tissus mous. Le septum a été remplacé par une plaque en verre. Avec une pompe de la fumée a été aspirée par le nez. Enfin l'intérieur de ce nez, artificiel au plus haut degré, a été badigeonné avec une solution mucilagineuse.

L'auteur rapporte ses nombreuses expériences avec beaucoup de détails et il donne une vingtaine de figures schématiques pour

illustrer la voie prise par le courant. Heureusement ses conclusions ne diffèrent en rien de ce que nous savons et il nous semble inutile d'insister.

LAUTMANN.

Contribution à la connaissance du revêtement pavimenteux du vestibule du nez chez l'homme et les mammifères, par CHARITON (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.* n° XLIX, Heft, 2).

Qu'on ne s'attende pas à trouver dans ce travail des recherches ayant quelque rapport avec la question si discutée dans le temps de la métaplasie de l'épithélium de la pituitaire. L'auteur a fait des études surtout embryologiques qui lui ont permis de reconnaître qu'il existe une tendance dans l'épithélium pavimenteux à se diriger de l'entrée du nez vers les choanes. Mais il lui est impossible de dire, n'ayant pas fait ces recherches, si un processus analogue a encore lieu dans la vie extrautérine et s'il donne lieu à la métaplasie de l'épithélium.

LAUTMANN.

Les « glandes intraépithéliales » et la dégénérescence muqueuse des conduits excréteurs dans la pituitaire, par CORDES (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, Bd. XLIX, Het. 1).

Cet article apporte la conversion de Cordes à l'opinion défendue par Zarniko, Bøninghaüs et tout dernièrement par Glas à propos des soi-disant glandes « intraépithéliales ». Cordes a cru, au début de ses recherches, que les différentes formations en bouton (knospenartige) qu'on trouve dans la muqueuse du nez, ne sont que des produits de dégénérescence muqueuse de l'épithélium des conduits excréteurs des glandes ordinaires de la pituitaire. Mais la disproportion qu'on rencontre sur quelques préparations entre glandes et conduits l'oblige à admettre qu'il est possible que l'opinion défendue par Zarniko et Bøninghaus, considérant ces formations comme glandes intraépithéliales, soit juste. Cordes n'a évidemment pas encore eu connaissance d'un article de Hajek paru sur le même sujet et analysé dans les *Annales*.

LAUTMANN.

Contribution à l'étude des « glandes intraépithéliales » de la pituitaire, par HAJEK (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd XVII, Heft. 1).

Nous avons analysé dans un précédent numéro un travail de Glas sur le même sujet. Glas, après Zarniko, Boenninghaus, a vu dans

l'épithélium de la pituitaire malade des formations anatomiques qu'il croit être des kystes. Hajek, qui avant Glas a fait les mêmes constatations que ce dernier, s'élève dans le présent article contre l'explication. Il prétend que c'est une sorte de dégénérescence, mais non pas une néoformation d'organes dont il s'agit. Ce travail manque trop d'un intérêt général pour l'analyser en détail.

LAUTMANN.

Histologie et pathogénèse du polype hémorrhagique du septum, par GLAS (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd XVII. Heft. 1).

La rhinite antérieure atrophique peut se compliquer avec la perforation de la cloison ou avec le polype hémorrhagique. L'invasion du tissu atrophie par les microbes amène la perforation, tandis que dans le cas contraire, surtout quand les glandes sont complètement atrophiees, il se forme un polype hémorrhagique du septum. Dans ce cas, l'atrophie du septum se localise, surtout sur le tissu sous-épithélial où il se forme une zone hémorrhagipare.

LAUTMANN.

Fibro-angiome du septum. — Contribution à l'étude des polypes saignants de la cloison, par D. Antonio TAPIA (*Boletin de Laryngologia, Otologia, etc.*, Madrid, 1904).

Tapia présente sous ce titre une observation analogue à celle de Nadolezny, recueillie à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris (V. *Annales des maladies de l'oreille*, etc., octobre 1901).

Il s'agit d'une femme de 26 ans, anémiée par d'innombrables hémorrhagies nasales, causées par la présence d'une tumeur qui avait déformé le nez et qui était visible par l'orifice narinaire correspondant.

Au cours d'une grossesse récente, la malade avait eu des épistaxis graves et difficiles à arrêter. L'obstruction nasale était devenue considérable. Un spécialiste consulté s'était contenté du tamponnement du nez avec de la gaze imbibée d'adrénaline. Aussi la tumeur finit-elle par se développer au point de faire saillie par la narine.

Une épistaxis alarmante la décida à consulter Tapia, qui constata que la tumeur avait acquis le volume d'une noix, que sa surface était lisse, sa couleur violet foncé et sa consistance un peu molle. La cloison n'était pas déviée. Le stylet nasal pouvait con-

tourner la tumeur adhérent par un pédicule à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale.

Sous cocaïne-adréraline, Tapia fit l'extirpation à l'anse galvanique de ce polype saignant. Une hémorrhagie assez copieuse s'ensuivit mais il fut facile de l'arrêter par la cautérisation galvanique du point d'implantation et par un tamponnement en règle.

Dix jours plus tard, réapparition de l'hémorrhagie et de la tumeur. Nouvelle extirpation, curettage, cautérisation, tamponnement.

Au bout de quatorze mois, la malade a retrouvé santé et couleurs ; sa tumeur n'a pas récidivé. Une légère dépression de la cloison, au niveau du point d'implantation, marque seule la trace de l'existence de cette tumeur que l'examen histologique a démontré appartenir à la catégorie des fibro-angiomes.

MOSSÉ.

Un cas de rhinolithé géant, par Grégorio PRESENCIA et A. BOSCH MELAY (*Archivos Latinos de Rhinologia, Laringologia, Otologia*, Barcelona, août 1904).

Sous ce titre, les auteurs rapportent l'observation qui mérite d'être connue d'un malade de 51 ans, qui, après avoir eu, à l'âge de 18 ans, une épistaxis abondante, a présenté sa vie durant des phénomènes d'obstruction nasale, accompagnés d'une rhinorrhée d'une fétidité telle que ce malade est devenu un objet de répugnance pour ceux qui l'approchent. Le long calvaire qu'il a parcouru a été d'autant plus douloureux, que tous les traitements essayés ont échoué.

La situation s'est encore aggravée depuis un an. Après avoir éprouvé dans la région dorsale du nez (déformée d'ailleurs depuis longtemps) une cuisson intense, le malade vit apparaître sur cette région une vaste ulcération au fond de laquelle grouillaient une multitude de petits vers. Le malade entra dans cette situation à l'hôpital provincial de Valence, où fut posé le diagnostic de néoplasme malin du nez. La prétendue néoplasie paraissant intéresser les os de la face, on ne s'enhardit pas à l'opérer, et on se contenta de détruire les vers et de nettoyer l'ulcération.

Cependant, ainsi que put le constater l'un des auteurs, le rhinolithé se montrait au fond de l'ulcération avec ses caractères essentiels. Celui-ci put être enlevé après anesthésie et ischémie de la muqueuse nasale, au moyen de fortes pinces tire-balles. On vit alors que ce calcul, qui ne pesait pas moins de 85 grammes, était

recouvert par en enduit noirâtre et fétide ; il présentait de nombreuses anfractuosités qui étaient comblées par des concrétions de différents volumes. Le même enduit tapissait la fosse nasale, qui était complètement déformée, ne présentait pas le moindre vestige de cornets, et dont la choanne était considérablement agrandie.

Sous l'influence de lavages alcalins répétés, l'enduit se détacha au bout de 48 heures, sous la forme d'une croûte mollassse, contenant dans sa trame d'innombrables petits calculs. Dès ce moment, le nez fut débarrassé de cet hôte gênant et montra une muqueuse rouge, tuméfiée, très œdémateuse par endroits. — La cloison était complètement déviée du côté opposé et partiellement détruite par le développement colossal de la concrétion.

Le rhinolith, lavé à l'alcool pendant quelques jours, fut débarrassé de son enduit et de ses concrétions. Il montrait une face supéro-externe anfractueuse, et une face inféro-interne (correspondant au plancher et à la cloison) presque lisse. — Ainsi traité, le poids du calcul atteignait 85 grammes. C'est le plus volumineux qui ait été rencontré jusqu'ici.

Quatre mois après l'extraction, la perforation ulcéreuse du dos du nez s'était sensiblement comblée, pendant que, faute d'appui, le nez s'était effondré.

MOSSÉ.

Principes pour le traitement de la sinusite maxillaire, par GERBER
(*Archiv. f. Laryngologie*, Bd XVII, Heft. 1).

Si le nombre des opérations proposées pour la cure « radicale » des sinusites maxillaires suffit à Hajek, leur résultat est loin de suffire à Gerber. Après beaucoup de tentatives, le professeur de Königsberg enseigne les principes suivants à ses élèves.

Les cas simples et récents sont lavés, avec des canules pointues, par le méat moyen. Si la suppuration dure depuis un temps plus ou moins long et si le pus est épais, la fétidité prononcée, Gerber dilate l'orifice dans le méat moyen (procédé d'Onodi, Siebenmann) ou il l'agrandit vers le méat inférieur (Réthi). Des cas chroniques sont ouverts par la fosse canine temporairement pour permettre le curage de la cavité. La contre-ouverture est faite dans le *méat moyen* (Ici se trouve dans le texte le rappel de la lutte de priorité entre Gerber et Luc). L'ouverture buccale permanente (Cowper, Desault Küster, Partsch) est réservée pour les cas suivants : a) une sténose nasale insurmontable rend la voie nasale impraticable. —

b) les malades ne peuvent pas rester en observation médicale et ne peuvent pas apprendre à se laver le sinus par le nez.

LAUTMANN.

Contribution au traitement de la sinusite maxillaire chronique,
par CORDES (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 1, 1905).

L'auteur est un élève de Krause et ayant appris la méthode de son maître il l'a employée presque exclusivement à la clinique de Krause et plus tard dans sa pratique privée. Voici de quelle façon il procède.

Cordes introduit un tampon imbibé de cocaïne (solution 10 à 15 %) dans le méat inférieur et l'appuie contre la paroi latérale. Au bout de 10 minutes, le méat est nettoyé et un autre tampon analogue est introduit ; après vingt minutes, en tout, l'anesthésie est complète. Cordes se sert du trocart de Halle quand le nez est étroit, ou d'un trocart modifié (type Krause-Halle chez Vindler et Pfau, Berlin) en ayant soin de diriger la pointe en haut, dans un angle de 15 à 25° contre la paroi latérale, et de l'introduire presque au-dessous du milieu du cornet inférieur. On reconnaît qu'on est entré dans le sinus par la position du trocart qui est fixé contre le septum dévié un peu contre la ligne médiane. On enlève l'aiguille du trocart et on attend la sortie du pus. Si elle se fait attendre, on insuffle un peu d'air avec une seringue. On fait ensuite un lavage à l'eau boricuée qu'on répète plusieurs fois tout en le faisant alterner avec des insufflations d'air. On termine par des insufflations d'air qu'on continue jusqu'à la cessation du bruit hydro-aérique. On nettoie la canule, on insuffle de l'iodoforme. Le lendemain, on réintroduit le trocart. Si malgré l'anesthésie adrénococaïnique on ne trouve pas l'ouverture, on attend un ou deux jours. Lavage et insufflation sont alors réguliers. Si la sécrétion diminue en deux ou trois séances, on continue par le traitement sec. On nettoie le sinus par l'insufflation d'air et on insuffle de l'iodoforme (Friedländer). On fait le pansement tous les jours pendant huit jours, ensuite seulement tous les deux jours, plus tard deux fois par semaine.

Si l'on présume la présence des polypes, des destructions étendues, etc., on peut injecter 2 grammes d'alcool absolu. On alterne ces bains d'alcool avec des insufflations à l'iodoforme. Si l'iodoforme est mal supporté, on peut le remplacer par le xéroforme ou rioforme.

L'auteur a soigné trente-deux malades avec trente-six sinusites

d'après sa méthode. Il en a guéri 83,3 % (30 cas), et 6 cas ont résisté au traitement continué pendant trois à neuf mois. Généralement la guérison s'obtient entre les sixième et huitième semaines, quelquefois au bout d'une semaine déjà. Aucune récédive, même après plusieurs années d'observation dans quelques cas. En comparant ces résultats à ceux obtenus par d'autres auteurs, Cordes trouve qu'aucune statistique n'est comparable à la sienne. Mais nous devons ajouter que les statistiques comparées datent les unes de 1898 (Chiari 46, % de guérison), les autres de 1892 (Killian, 55 %).

En terminant, l'auteur dit que si sa méthode ne réussit pas, il a recours à la méthode de Desault Küster. Ouverture par la fosse canine, drainage de la plaie par une petite ouverture, suture du reste de la plaie. On enlève le tampon le troisième jour. Suite du traitement d'après le procédé de Cordes. Deux observations de malades ainsi guéris.

LAUTMANN.

Obstruction de l'orifice du sinus maxillaire; son influence sur l'inflammation de cette cavité, par J. MARTIN (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 2, 1905).

L'auteur a eu trois cas de sinusite maxillaire en traitement chez lesquels l'orifice du sinus maxillaire était bouché (sondage impossible, lavage par ponction difficile, porte-coton introduit par la canule du trocart ramène du pus). Ces cas étaient relativement jeunes, mais ne montraient pas de tendance à la guérison spontanée. Au grand étonnement de l'auteur, les 3 cas ont guéri après la ponction.

Il est évident que sans l'obstruction de l'orifice, ces cas auraient guéri spontanément, comme l'énorme majorité des sinusites maxillaires. C'est l'obstruction de l'hiatus naturel qui a empêché la guérison. Comment? Après de très longues spéculations, Martin trouve que ce n'est pas seulement la possibilité qu'a le sinus de se vider par son hiatus qui détermine la guérison. Il faut encore ajouter la possibilité de ventiler le sinus, ce que le malade fait inconsciemment en se mouchant. Enfin, par l'obstruction du sinus il s'établit une pression négative dans le sinus. Sa conséquence est une congestion passive qui entrave la guérison. Comparaison avec l'otite séreuse après obstruction de la trompe. Et voici la conclusion pratique de l'auteur. Si le sondage de l'orifice naturel ou accessoire du sinus maxillaire est impossible, il faut ponctionner la

sinusite maxillaire. La ponction doit se faire par le nez, et non par l'alvéole.

LAUTMANN.

Les perforations spontanées du sinus frontal, par AVELLIS
(*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*. Bd XLVIII).

D'après Knhut les perforations spontanées dans la sinusite frontale se font généralement ou dans l'angle orbital supérieur, un peu en arrière de la poulie du muscle oblique, ou $1/2$ à 1 centimètre derrière l'incisure supraorbitale. Ces perforations sont précédées par des douleurs. Mais ce n'est pas la règle. La perforation peut se faire dans la première huitaine de l'existence d'une sinusite, ou seulement après une suppuration datant de plusieurs mois. L'observation que publie Avellis diffère en quelques points de ce qu'on voit généralement.

Observation : Un homme de 60 ans, jardinier, a vu la région frontale et une partie de son nez enfler, devenir rouges. Un médecin consulté a hésité entre les diagnostics de coup de soleil ou érysipèle. Aucune douleur, état général excellent. Un peu brusquement le gonflement s'ouvre. La perforation est située 2 centimètres au-dessus du sourcil et à $1/2$ de la ligne médiane. De l'ouverture sort un pus mal lié, non fétide.

A l'examen on trouve des polypes dans les deux méats moyens. Pas de cacosmie, pas de céphalée. Après exérèse des polypes et résection de la tête du cornet moyen, pas de pus. Deux jours après, on ouvre le sinus frontal, sous anesthésie locale. Après avoir soulevé le périoste on trouve une perte de substance dans la paroi antérieure, grosse comme un noyau de prune. Une autre perte de substance est située à l'endroit où l'on fait le pont d'après Killian. Le sinus est rempli de pus et de granulations. Le conduit nasofrontal se montre hermétiquement bouché. Guérison au bout de sept semaines. Questionné sur la cause possible de son affection, le malade avoue avoir fait une chute sur la région frontale quatre mois avant le début de son affection.

Avellis se construit la genèse de son cas de cette façon. Chute sur la région frontale. Extravasation de sang dans l'intérieur du sinus, dont le conduit est obstrué par des polypes. Infection du sang extravasé. Nécrose de l'os et perforation sous et par la peau. Ceci correspond à ce que nous voyons dans les abcès traumatiques du septum nasal.

En résumant son observation, Avellis dit : Si la perforation dans la sinusite frontale ne se fait pas à la place de prédilection, il faut,

à défaut de la spécificité, incriminer un traumatisme direct ou indirect. Plusieurs mois peuvent s'écouler entre la cause et l'effet, et le processus de la perforation peut rester indolore. C'est dans des cas pareils de sinusite que la guérison peut être obtenue sans opération radicale.

LAUTMANN.

Un cas de méningo-encéphalite de cause nasale, par HERZFELD
(*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 10, 1905).

Le premier cas d'abcès encéphalique d'origine nasale, guéri par l'opération, a été publié par notre auteur, presque en même temps que celui analogue appartenant à Denker. Le hasard a permis à Herzfeld d'ajouter aujourd'hui un troisième cas. La rareté de ces cas provient de la difficulté qu'on éprouve à les diagnostiquer. Car le lobe frontal semble très tolérant, ou plutôt nous ne connaissons pas encore assez bien la symptomatologie par laquelle son inflammation se manifeste. Dans les abcès situés dans le lobe frontal gauche on pourrait s'attendre à l'aphasie. M^{lle} Léonore Welt a signalé les troubles psychiques, Borchard des perturbations sexuelles chez une enfant de 9 ans, comme conséquences d'un abcès du lobe frontal. Et c'est tout.

Quant à la méningite séreuse, elle est devenue très connue depuis le travail de Quinke et surtout de Bonninghaus. On sait que dans nombre d'infections endocraniennes d'origine otitique elle constitue une étape, et comme quelques auteurs l'ont montré, étape guérissable avant l'établissement de la méningo-encéphalite suppurée. Mais jusqu'à présent la méningite séreuse consécutive à la sinusite frontale, quoique admise, n'a pas encore été diagnostiquée et guérie comme Herzfeld l'a fait dans l'observation suivante.

Un cocher de fiacre, âgé de 39 ans, était porteur d'une sinusite frontale droite depuis un an. On fait le 22 juin un Kuhnt. Il revient le 11 décembre. Souffre de nouveau depuis quinze jours. La cicatrice est œdématiée. Les deux fosses nasales remplies de pus. Nouvelle intervention. A gauche, la muqueuse du sinus est turgescente, à droite, il ne persiste du sinus qu'une petite cavité. Dans cette cavité plonge une sorte de muqueuse bleu rougâtre qui, examinée de près, est reconnue comme étant une partie de la dure-mère. On l'incise, le liquide cérébrospinal sort sous forte pression. Dans la suite, le pansement a été souvent humecté. Le malade va très bien jusqu'au 24 décembre. Ce jour-là, en faisant assis sa sieste à la manière des cochers, il tombe brusquement par

terre. Au bout de dix minutes il perd connaissance complètement. En même temps paraissent des convulsions généralisées sur le corps entier, plus fortes à gauche qu'à droite. Jusqu'à six heures du soir, ces convulsions se répètent six fois en gagnant d'intensité. Entre les convulsions, le malade reste apathique, inconscient, vomit. Pouls et température sont normaux.

On connaît la méningite séreuse à forme apoplectique. On pouvait y penser. On pouvait supposer également l'irruption d'un abcès cérébral latent (du lobe frontal) dans le ventricule. En tout cas, la trépanation s'imposait et H. ouvrait à six heures du soir le cerveau par la brèche de la table interne de l'os frontal droit. On ouvre la dure-mère dans une étendue de 3 sur 2 centimètres. Après incision, il s'écoule une quantité énorme d'un liquide séro-sanguinolent. On incise le lobe frontal, on l'explore dans différentes directions. Il s'écoule toujours le même liquide mais pas de pus. Après l'opération, le malade se rétablit très vite et fin février il quitte la clinique. Après la guérison, il reste une cicatrice très marquée, constituée par la dure-mère, et revêtement cutané externe. Audessous on voyait les pulsations cérébrales encore très longtemps.

LAUTMANN

Rhinorrhée cérébro-spinale avec lésions rétiniennes, par SCHWAB et GREEN (*Am. Journ. of. med. sciences*, mai 1905).

Fille de 32 ans, domestique, à hérédité assez chargée au point de vue nerveux et présentant elle-même des signes d'hystéro-neurasthénie. Depuis deux ans elle présente un écoulement nasal continu, de quelques gouttes à 3 ou 4 centimètres cubes par heure : ce liquide est clair, sans goût et sans odeur, n'empêche pas le mouchoir, augmente dans la position latérale droite de la tête, etc. Parfois un peu de céphalée. Depuis 1899, c'est-à-dire quatre ans avant l'apparition de la rhinorrhée, elle présente de la névrorétinite à droite et de l'atrophie papillaire de l'œil gauche. Il y a du rétrécissement du champ visuel (plusieurs reproductions).

Le liquide est clair, ne donne que quelques leucocytes à la centrifugation, réduit la liqueur de Fehling. Les auteurs ne mettent pas en doute qu'il ne s'agisse de liquide céphalo-rachidien. Ils éliminent l'hypothèse d'une tumeur cérébrale et admettent qu'il s'agit d'un syndrome où l'hydrorrhée nasale et la neurorétinite ont une importance égale, mais sont indépendantes l'une de l'autre.

M. LANNOIS.

Ethmoidite avec infection de l'orbite et méningite : mort, par
Mc CARO (*Am. Journ. of. med. sc.*, août 1905).

Homme de 40 ans, sujet depuis 10 ans à des attaques d'obstruction nasale, avec céphalée et névralgie à la racine du nez, porteur de polypes dans la narine droite, qui se présente avec du gonflement de l'œil et de la paupière droite, fièvre, stupeur, etc., et remonte au bout de quarante-huit heures.

Il s'agissait d'une méningite. Le pus avait pénétré dans l'orbite, venant des cellules ethmoïdales, déterminé un abcès extérieur de la région temporale et pénétré dans le crâne par la fente sphénoïdale.

M. LANNOIS.

Sarcome du vomer avec formation intra-crânienne, par HERRING
(*Am. Journ. of. med. sc.*, août 1905).

Garçon de 17 ans, porteur d'une tumeur ayant débuté sur le vomer à droite, ayant détruit le vomer, puis le corps du sphénoïde remplissant les sinus sphénoïdaux d'une matière caséuse ayant détruit l'os jusqu'au niveau du trou occipital, ayant enfin donné à droite une tumeur grosse comme une noix, située à la pointe de la pyramide, comprenant le 3^e, le 4^e et le 6^e nerf crânien avec les branches ophtalmique et maxillaire supérieure du 5^e.

Trois figures montrent bien l'extension des lésions.

M. LANNOIS.

Empyème du sinus frontal ; abcès extra-dural et abcès du lobe frontal : par MERTINS (*Am. Journ. of. med. sc.* avril 1904).

Un chaudronnier, âgé de 40 ans, a souffert depuis six mois de violents maux de tête. Depuis trois jours il présente au niveau de la glabelle un gonflement du volume d'un œuf d'oie, blanc, fluctuant. Il a eu la syphilis 16 ans auparavant et a reçu un coup de marteau sur le crâne il y a deux ans.

L'abcès est ouvert et les jours suivants le malade s'aperçoit qu'il s'écoule du pus en plus grande abondance s'il se penche en avant : la douleur revient rapidement.

On opère le 13 septembre et on trouve un fragment d'os nécrosé de la largeur d'un dollar d'argent : on trépane, on enlève tout l'os malade et on trouve un abcès extra-dural contenant une once et demie de pus. Tout cela à gauche, le sinus frontal droit est indemne. Une aiguille enfoncée dans le lobe frontal ramène trois à quatre gouttes de pus du côté droit.

Le 24 septembre on est obligé d'intervenir à nouveau et on trouve dans le lobe frontal droit un abcès qui contient une once et demie de pus. Le malade paraissait aller très bien mais succombe le 5 octobre avec des signes de congestion pulmonaire.

Deux photographies montrent l'étendue des deux abcès extradural et intra-frontal.

M. LANNOIS.

Tumeurs nasales syphilitiques par TEPLITZ (*Am. Journ. of. med. sc.*, mai 1904).

L'auteur appelle l'attention sur des granulomes d'origine syphilitique, que l'on peut rencontrer dans la syphilis acquise et dans l'hérédosyphilis et qui sont nettement à séparer des gommès. Ces syphilomes prennent naissance à la partie inférieure et antérieure de la cloison, dans le tissu conjonctif sous-muqueux, ont la structure des tumeurs d'origine conjonctive, sont facilement pris pour des sarcomes.

Ils récidivent après ablation et guérissent rapidement sous l'influence du mercure et de l'iodure.

M. LANNOIS.

Sur le sort de la paraffine dans le tissu vivant par ESCHWEILER (*Archiv. f. Laryngologie*, Band. XVII, Heft. 1).

Que devient la paraffine injectée dans le tissu ? Moszkovicz dit que d'après les observations cliniques on est amené à conclure que la paraffine n'est pas résorbée chez l'homme. E. a eu l'occasion d'enlever en juin 1904 une partie de la prothèse en paraffine qui avait été faite en avril 1903 pour corriger la cyphose d'un nez chez une ancienne syphilitique. Il y a eu hypercorrection et l'auteur a dû exciser dans la racine du nez une partie large d'un demi-centimètre. C'est cette partie excisée et examinée au microscope (les préparations microscopiques sont reproduites dans une planche en couleur) qui permet à Eschweiler de dire que le sort de la paraffine injectée consiste à être résorbée et remplacée par un tissu conjonctif.

LAUTMANN.

III. — PHARYNX, COU, etc.

Guérisson d'un rétrécissement de l'œsophage par l'emploi de la thiosinamine, par HALASZ (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1904, n° 11).

Un jeune homme, désirant se suicider, a avalé une gorgée de vitriol. Lésions externes (lèvres, etc.), mais rien sur le voile, le pharynx. Le malade ne peut rien avaler, une bougie de 3-4 millimètres est arrêtée à 13 centimètres derrière l'arcade dentaire. L'état général du malade empire à cause de l'insuffisance d'alimentation. Dans ces conditions on se décide à faire des injections hypodermiques de 1 centimètre cube d'une solution alcoolique à 15 % de thiosinamine. Une injection tous les 3 jours. Amélioration après la deuxième injection ; guérison au bout de six injections.

LAUTMANN.

Œsophagoscopie des corps étrangers, par H. v. SCHROETTER (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1904, n° 11).

Puisqu'on a encore occasion de lire des discussions sur les avantages du panier de Graefe ou du crochet de Kirmisson sur l'œsophagotomie externe, il ne sera pas superflu de rapporter l'analyse du cas suivant où l'extraction d'un corps étranger a réussi dans des conditions d'enclavement très difficiles.

Le 31 octobre, un jeune homme de 16 ans se présente à la clinique de Schroetter, se plaignant des difficultés de déglutition qui persistent depuis six semaines. Le malade ne peut avaler que des liquides. Il a déjà présenté le même phénomène un an avant, mais à cette époque la bougie la plus grosse a passé facilement. Voici ce qu'il raconte.

A l'âge de 5 ans, le malade a avalé un noyau de pruneau qui s'est arrêté dans l'œsophage. Pendant un an et demi, il n'a pu avaler que des pâtes jusqu'à ce qu'un jour, en vomissant, il ait rendu le noyau. Mais depuis il lui est resté une certaine difficulté à avaler les morceaux trop gros, et même il y a trois ans, un morceau de viande arrêté dans l'œsophage a dû être poussé par un médecin dans l'estomac. Depuis, il a fait plusieurs fois des séances de bougirage et lors d'une d'elles il a été vu à la clinique.

Le 17 octobre 1903, en mangeant brusquement, il ressentit une

douleur vive derrière l'apophyse xyphoïde et depuis il lui est impossible d'avaler autre chose que des liquides. Un médecin a pu franchir avec une sonde l'œsophage, la présence du corps étranger a été mise en doute. Mais l'état ne s'améliorant pas, le malade se présente à la clinique dans l'état suivant.

Une forte sonde (Charrière, n° 18) ne passe pas, bougie épaisse arrêtée à 33 centimètres de l'arcade dentaire. L'œsophagoscope de 9 millimètres est arrêté à 32,8 cent. de l'arcade dentaire supérieure. La muqueuse normale de l'œsophage devient comme cicatricielle dans la région de l'obstruction. Dans la fente de la sténose on voit une petite masse grisâtre. En continuant l'examen on voit que la fente fait place à une sorte d'orifice qui permet au regard de plonger un peu plus en avant. On reconnaît dans la profondeur une masse blanche obliquement posée dans l'œsophage. Ce corps montre une pulsation physiologique, c'est-à-dire dans la direction de gauche et en arrière, à droite et en avant. On ne pouvait plus douter de l'existence d'un corps étranger, qui, d'après le dire du malade, devait être un morceau d'os d'oie.

Avec une pince introduite on sent que le corps est dur et profondément ancré dans l'œsophage. Il s'agissait d'éviter les déchirures de la muqueuse. Les différents mouvements exécutés pour mobiliser le corps étranger sont décrits. Enfin l'auteur réussit à développer un corps étranger de 21 millimètres sur 19,5 mm. et d'une épaisseur de 5-8 millimètres. A l'examen on le reconnaît comme une vertèbre d'oie. Toute la manœuvre a duré 10 minutes.

LAUTMANN.

La pharyngite granuleuse, par A. IWANOFF (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 2).

Quand, à l'inspection du pharynx oral, on constate la présence de petites tumeurs caractéristiques, on a l'habitude de parler de pharyngite granuleuse. Il peut s'agir dans ces cas d'une vraie inflammation et le nom de pharyngite est justifié. Mais d'autres fois il n'en est rien et ces petites tumeurs ne constituent qu'une partie de l'anneau lymphoïde de Wœldeyer sans qu'il s'agisse de pharyngite. L'auteur est arrivé à cette conclusion après avoir examiné au microscope des granulations provenant de malades appartenant à ces deux catégories. Il trouve que les *granulations adénoïdes* ont un épithélium normal, la limite entre épithélium et couche muqueuse est nettement marquée. Le tissu lymphoïde se trouve dans un état d'hyperplasie manifeste, c'est-

à-dire que les follicules lymphoïdes sont plus nombreux, plus grands, plus infiltrés que d'habitude. Les glandes muqueuses sont hypertrophiées, leurs conduits sécréteurs sont dilatés. Dans les *granulations de la pharyngite*, l'épithélium se montre infiltré par des cellules rondes, sur certaines places il est réduit, sur d'autres il manque complètement. La limite entre épithélium et couche muqueuse n'est pas nette. Le tissu lymphatique se montre infiltré. Le nombre des follicules est petit. Les grandes muqueuses sont infiltrées par des cellules rondes.

L'auteur croit pouvoir distinguer ces granulations par leur aspect clinique. Les granulations de l'inflammation sont plus petites (comme un grain de millet), d'un rouge foncé, et très disséminées sur une muqueuse rouge. Les granulations adénoïdes sont plus grandes (comme un petit pois), pâles, sur une muqueuse anémiée, et elles sont confluentes. Dans la grande majorité des cas il existe en même temps une hypertrophie des tonsilles ou une pharyngite latérale. Tant de différences autorisent l'auteur à distinguer ces deux catégories de granulations par des noms différents : pharyngite granuleuse pour les unes et pharyngite adénoïde pour les autres. Ajoutons encore qu'au point de vue du traitement, la pharyngite adénoïde ne demande pas de traitement spécial, ces granulations disparaissent après l'adénotomie.

LAUTMANN.

Considérations cliniques sur le trouble de l'innervation de la luette, par FONCK (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 1).

Le plus intéressant dans ce travail est la constatation que l'auteur a étudié pendant trente ans les anomalies dans la position de la luette. Sur 142 malades observés entre 1873 et 1903, il a noté la position anormale de la luette et recherché la cause. Il suffit de parcourir sa statistique pour se rendre compte une fois de plus que le facial si souvent incriminé est en dehors de cause dans la grande majorité des cas. Notons en passant que l'auteur voit dans la neurasthénie une cause dans le trouble d'innervation de la luette. Une autre cause en serait la tuberculose (?)

LAUTMANN.

L'involution de l'amygdale pharyngée, par GOERKE (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd. xvi, Hft. 1).

Quand l'amygdale pharyngée commence à s'atrophier, le tissu

lymphatique, les follicules, sont les premiers à disparaître. A leur place se développe le tissu secondaire (fibres, graisse) qui à son tour disparaît également. Après disparition totale de l'amygdale pharyngée, la muqueuse présente au microscope l'aspect ordinaire de la muqueuse du pharynx. L'involution normale de l'amygdale pharyngée est entravée ou retardée par les différents processus inflammatoires intéressant l'organisme entier (rougeole, scarlatine, etc.) ou l'amygdale seulement (angine de Tornwald, tuberculose). Il est probable que l'amygdale pharyngée sert à l'organisme pour combattre l'infection, que le tissu adénoïde présente une sorte de réaction de défense (théorie phagocytaire). Néanmoins l'auteur se prononce pour l'ablation aussi radicale que possible des adénoïdes.

LAUTMANN.

La kératose du pharynx, par ONODI et ENTZ (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 2).

Ce que les auteurs désignent sous le nom de kératose du pharynx (ou d'après Siebenmann : hyperkératose lacunaire) nous est mieux connu sous le nom de mycose du pharynx, cette affection si caractéristique de la gorge consistant en transformation caséuse du contenu de lacunes de l'anneau lymphoïde de Waldeyer, ou plutôt des amygdales pharyngées, tonsillaires, granulations pharyngées des deux plis palatins. La confusion est due à Fraenkel, qui, le premier, a décrit cette affection. Fraenkel a cru que la transformation pathologique des lacunes était due au parasite habituel de la bouche, à la forme leptothrix, d'où le nom de mycose lacunaire choisi pour l'affection. Nous savons maintenant depuis le travail de Siebenmann que le processus morbide est bien autre et consiste dans une sorte de métaplasie de l'épithélium glandulaire. Les cellules, irritées par une cause encore inconnue, se transforment en cellules cornées probablement après hypertrophie et multiplication préalables. Le champignon leptothrix se colonise comme saprophyte seulement sur ces formations pathologiques.

En ces derniers temps, Kraus a de nouveau étudié cette maladie, il arrive aux mêmes conclusions que Liebenmann. Pour le traitement, il importe de savoir que les moyens antiparasitaires sont inefficaces. La maladie est tenace, mais a une tendance à la guérison. Ce qui a réussi le mieux jusqu'à présent c'est la fumée de cigare (*utile cum dulci!*). Mais en même temps on peut instituer un traitement chirurgical (décortication, cautérisation, grattage.

tonsillotomie, etc.). Point essentiel : il faut rassurer le malade et lui promettre la guérison complète, quoique les récidives soient possibles pendant le traitement.

LAUTMANN.

Contributions histologiques et cliniques à l'étude du sclérome,
par HERMANN STREIT (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 3).

C'est un travail qui a surtout pour but d'étudier la fréquence et la répartition du sclérome, en Allemagne, et les moyens de s'opposer à sa dissémination. Ce travail ne se prête pas à une analyse succincte. Mentionnons qu'une forte étude histologique du sclérome a trouvé place dans le corps de ce travail, qu'une bibliographie et trois planches l'accompagnent.

LAUTMANN.

Muguet chez des personnes adultes et saines, par SREBRNY
(*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 1).

L'auteur croit que les cas de muguet chez des personnes adultes et saines sont rares. A la longue liste bibliographique publiée par l'auteur, les deux nouveaux cas observés par lui sont à ajouter. Dans le diagnostic, se rappeler que dans quelques cas il y a eu confusion avec la diphtérie.

LAUTMANN.

Contribution à l'étude de l'ossification dans les amygdales par
H. HALKIN (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 10, 1905).

Halkin a observé et étudié histologiquement deux cas de noyaux cartilagineux et osseux de l'amygdale ; il fait à cette occasion un travail anatomo-pathologique très complet sur cette question.

Dans un cas, Halkin a trouvé dans le tissu basilaire de l'amygdale plusieurs petits noyaux cartilagineux nettement limités et simplement enchâssés dans le tissu conjonctif. Dans un second cas, les deux amygdales offraient un aspect analogue et l'on remarquait du cartilage et de l'os sur toute la hauteur de l'organe et sur la plus grande partie de sa largeur ; il ne s'agissait pas de nodules disséminés mais de véritables travées formant un réseau irrégulier, avec au centre les travées osseuses les plus volumineuses et à la périphérie des foyers cartilagineux. Le cartilage présentait des caractères absolument normaux, souvent ceux du cartilage jeune ; on trouva des travées qui présentaient encore des parties cartilagineuses, tandis qu'elles étaient partiellement transformées en tissu osseux, l'ossification se faisant suivant les lois de l'ossifica-

tion indirecte du cartilage ; dans un noyau de cartilage calcifié, on voyait pénétrer les vaisseaux partis du périchondre devenu périoste avec autour d'eux des cellules qui rappellent ce que l'on voit dans l'ossification des os du squelette. Ainsi l'apparition du tissu osseux dans le tissu conjonctif de l'amygdale résultait de l'ossification de nodules cartilagineux et le mode d'ossification s'écartait peu des lois qui régissent la formation des os du squelette : cette constatation est due aux recherches de Halkin.

Certains auteurs (Lubarsch, Pollack) accordent à ces formations une origine métaplasique, inflammatoire. D'autres (Orth, Deichert, Ruckert) les considèrent comme développées aux dépens de restes du deuxième arc branchial ; ils apportent à l'appui de leur dire des recherches positives faites chez le fœtus et le nouveau-né (Reitmaur). Halkin repousse l'idée d'une origine métaplasique ; il ne s'agit pas d'une formation accidentelle, mais du développement d'îlots cartilagineux souvent trouvés dans l'amygdale du fœtus et restes du squelette cartilagineux des arcs branchiaux. Il y a corrélation entre ces formations fœtales, les noyaux cartilagineux de l'adulte et les travées osseuses qui se forment à leurs dépens.

Ces faits observés dans l'amygdale ne plaident pas en faveur de l'idée émise par Conheim quant à l'origine générale des tumeurs. En effet, malgré la fréquence des enclavements embryonnaires et le grand nombre de causes d'irritation de l'amygdale, on observe très rarement des tumeurs profondes à ce niveau.

A. HAUTANT.

NOUVELLES

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Le Dr SEBILÉAU, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est nommé directeur des travaux à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux en remplacement du Dr QUÉNU, démissionnaire.

L'Université de Wurzburg vient de créer une polyclinique pour les maladies du nez et de la gorge, à la tête de laquelle a été placé le Prof. SEIFERT.

L'« University College Hospital » de Londres a confié au Dr HERBERT TILLEY la direction de la section oto-rhino-laryngologique.

Le « King's College Hospital » de Londres a nommé notre collaborateur SAINT-CLAIR THOMSON chef du service des maladies de la gorge.

Le « London Hospital » a, depuis quelque temps, confié le service des maladies de la gorge à LAMBERT LACK et HUNTER TOD.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Die Anatomie der Taubstumheit, publié par le Prof. **DEGENER**, 2^e livraison, Alexander (Wien). Zur Anatomie der congenitalen Taubheit avec 4 planches. J.-F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1905.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **PHARMACIE BORNET**, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CEREBRINE (Coca-Valériane analogique Parnaud) **MIGRAINES**
Medicament spécifique deset des **NÉURALGIES REBELLES****E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.**

Le Gérant : Masson et C^{ie}.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE DUSSIÈRE.

